

**INJEKCIÓS DROGHASZNÁLÓK SZOCIÁLPSZICHOLÓGIAI JELLEMZŐI
A KÖRÜKBEN VÉGZETT KVALITATÍV KUTATÁSOK ALAPJÁN**

DOKTORI DISSZERTÁCIÓ

Dr. Rác József

MTA Doktori Tanács
Budapest
2007

Tudományos háttér és problémafelvetés	4
Az injekciós droghasználat társadalmi kontextusa	5
Az injekciós droghasználat: európai és magyarországi helyzetkép	8
Kockázateszlelés és kockázati magatartások	10
Az injekciós droghasználattal kapcsolatos intervenciók tapasztalatai	11
Kvalitatív kutatások	13
A kvalitatív kutatások narratív perspektívája	18
Célkitűzések	25
Kutatási módszerek	26
A kutatás alanyai	26
A kutatások menete, adatvédelem	29
Az interjúk felépítése	33
Az interjúk feldolgozás fókuszpontjai	35
A szerzőiség pozicionálása	37
Tapasztalatok	42
Droghasználat – drogalitások	42
A droghatások narratívái	42
Drogalitások	48
Heroin	49
Amfetamin	55
Összegzés	57
Az injekciós szcénák	58
A leszakadt dzsánki szcénája	58
A nyilvános térhasználatot kerülő, integrált injekciós használó	60
A szcénák átjárhatósága	61
Injekciós droghasználók fertőzés-kronotoposzai	67
Módszerek	68
Tapasztalatok	69
A közös főzőedényből történő elosztás (indirekt elosztás)	69
Az elosztás technikai kivitelezése	70
Az elosztást végző személy(ek)	71
Az elosztás okai	72
Fecskendő beszerzés nehézségei, a rendőrség stratégiája	77
Fecskendő magánál tartás	78
Más adja be az injekciót – szűrési sorrend	79
Direkt és indirekt megosztás	83
A hepatitisz C kivédésére irányuló stratégiák	86
Az elvonás kockázatai, az elvonás menedzselése	91
Következtetések	93
Az ágencia	98
Variációk az ágenciára	98
Ágencia történetek	104
Kontamináció, áldozati és tragikus narratíva	104
Az ágencia és az interjúkészítő pozicionálása	107
A felmentés és az igazolás értelmezése	108
Felmentés és kezelésbe kerülés	111
Kíváncsiság	113
Kérdések	119
Tapasztalatok	119

Megbeszélés	123
Drogos önéletírások. Felépülési narratívák	127
A Sárkányos Lány	132
A kővirág.....	134
Megbeszélés	137
„Amszterdami” Lacika önvallomása.....	139
Összefoglalás.....	142
Általános diszkusszió és következtetések	144
Az injekciós droghasználat népegészségügyi ártalmai: a téma indoklása	144
Tapasztalatok.....	148
Következtetések	153
Köszönetnyilvánítás	155
Irodalomjegyzék	156

Tudományos háttér és problémafelvetés

Az injekciós droghasználat súlyos *népegészségügyi ártalmakkal* jár a droghasználóra, a társas környezetére és kapcsolatrendszerére, valamint a társadalom egészére is. Az injekciós használathoz társuló kockázatok vizsgálata történhet kvantitatív módszerekkel (félígstrukturált vagy strukturált interjúk, kérdőívek) és kvalitatív módszerekkel. Utóbbiakra akkor van szükség, ha az injekciós populáció más módszerekkel nem elérhető, vagy olyan új magatartásformákat kívánunk tanulmányozni, melyekkel kapcsolatban konkrét kérdések – legalábbis egyelőre – nem tehetők fel. Ez volt a helyzet az AIDS kirobbanása idején: „fel kellett fedezni” a közös injekciós eszközhasználatot, annak különböző formáit, illetve az injekciós használók ehhez társított jelentéseit, normáit. Ezek után már meg lehetett kérdezni kérdőíves vizsgálatokban is, hogy „szűrt-e már korábban másvalaki által használt tűvel?” és hasonlókat. Az injekciós droghasználói körön belül is azonban mindig változnak az egyes magatartások és a hozzájuk kapcsolt jelentések, normák, továbbá változnak az injekciós droghasználókat megcélzó társadalmi intervenciók is (pl. a tűcsere-programok jönnek létre), melyek az injekciós – és más – magatartások változását idézik elő vagy megváltoztatják az injekciós droghasználók társas-társadalmi helyzetét, amik az intervenciók újabb formáit indukálják, és így tovább.

Vannak olyan összetett, az injekciós droghasználók körében előforduló *szociálpszichológiai jelenségek*, melyeket az etnográfia, kiterjesztettebb nevén a *kvalitatív kutatások* módszereivel tudunk csak feltárni és értelmezni. A disszertációban a magyarországi injekciós droghasználók körében, az utóbbi 5-6 évben végzett kvalitatív kutatásaimat mutatom be; illetve beszámolok azokról a tapasztalatokról, melyekre a vizsgálatok nyomán tettem szert.

Ezek a kutatások – talán állítható – hozzájárultak az injekciós droghasználókkal kapcsolatos magyarországi *közpolitika* és *szolgáltatásrendszer* (alacsony-küszöbű és ártalomcsökkentő szolgáltatások) kialakulásához és fejlődéséhez. Ezzel együtt pedig elősegítették az injekciós droghasználat okozta egyéni és társadalmi ártalmak csökkentését.

Az injekciós droghasználat társadalmi kontextusa¹

A címben jelzett felvetés inherens problémája, hogy egy kockázati magatartással kívánok foglalkozni a kockázati (vagy annak nevezett) társadalom körülményei közepette. Hogy Magyarországon beszélhetünk-e kockázati társadalomról vagy sem, nem tisztem eldönteni (és a rendelkezésemre álló szakirodalmi hivatkozások sem igazítanak el ezügyben). Feltehetjük azonban, ha a magyar társadalom viszonylatában nem is beszélhetünk kockázati társadalomról, e „metafóra” sok olyan pontot kínál, melyek az injekciós használat társadalmi beágyazódását segítenek jobban megérteni.

Beck (2003), amikor az ipari társadalmakat felváltó reflexív modernitásról, avagy egy „másfajta” modernitásról elmélkedett (nevezhetjük ezt akár posztmodernnek vagy késő modernnek is), a *kockázati társadalom* fogalmát használta. Témánk szempontjából a kockázati társadalom *intézményes* folyamatai, és főképpen a *szubjektum-képződési* mechanizmusai az érdekesek. *Beck* (2003) az élethelyzetek és életútminák *individualizálódására*, *intézményesülésére* és *szabványosítására* hívta fel a figyelmet. Ez azt jelenti, hogy az egyének eloldódtak a „hagyományosan modern” társadalmi formáktól és ellátási biztonságot nyújtó intézményektől. Az egyén vált a társadalmiság életvilágbeli újratermelődésének egységévé. Ez azzal jár, hogy az egyén önmagát érzi felelősnek, önmagát nyilvánítja „vétkesnek”, ha nem tud megfelelni a társadalmi többség elvárásainak. Az individualizálódás ugyanakkor kiszolgáltatottá teszi az embereket a tömegpiacnak és a tömegfogyasztásnak (külső szabályozás és szabványosítás: intézményes életútminák). Előáll az a helyzet, amit *Beck* „*individúlis-intézményes skizofrén struktúrának*” nevezett. Az individualizált magánszféra rendszerszerű összekapcsolódása az oktatás, a fogyasztás, a közlekedés és a munkaerőpiac területeivel *intézményes függőséghez* vezet (nem tévesztendő össze a fogalom a pszichológiai értelemben vett intézmény-függőséggel).

A következőkben *Kelly* (2001) észrevételeit felhasználva mutatom be *Beck* gondolatainak a disszertáció számára releváns vonatkozásait. A *Beck* által leírt „reflexív modernizációs” folyamat egyik következménye az „*intézményesen strukturált kockázati környezet*” (*Giddens*,

¹ Ebben a fejezetben három, korábban megjelent írásomra támaszkodom: Rácz, 2002, 2006ab.

1991, megfogalmazásában) – szemben a természeti kockázatokkal. A mára népszerűvé váló *kockázati narratívákban* minden tevékenység, még a korábban tradicionálisaknak számító is, alapvetően a kockázat fogalmával – és a jövőre vetett pillantással – „kiszámíthatókká” válnak. A „jövőre” – pontosabban a jövő egyféle megkonstruálására – a kockázat kiszámításában van szükség. Például, a fiatalok viselkedésének és élethelyzetének intézményesített monitorozása a fiatalkori kockázati-csoportok diskurzusát teremti meg: azaz az individualizáció és a szabványosítás új formáit. Az egyénnek úgy kell alakítania a szerepét, hogy egyszerre feleljen meg a piac és az egyéni életút tervezés követelményeinek. Ezért az individuáció mindig együtt jár a szabványosítással: olyan intézményfüggő egyéni szituációk jönnek létre, amelyek egyszerre mutatják, hogy az egyén látszólag a *világ alakítója*, ugyanakkor *jelentéktelen szereplője* is (Beck, 2003).

Az individualizációs folyamatok Beck (2003) szerint az egyéni életutakat – látszólag – ön-reflexívvá és az egyén által létrehozottá teszik, az én – ebben az értelemben – egy „*csináld magad*” projekt termékévé válik. Az egyénnek folyamatosan választania kell, miközben a választható lehetőségek az egyéni életút során állandóan nőnek, és azok a területek, melyek zártak a választás előtt, csökkennek. Az individualizáció az intézményfüggésen keresztül *intézményesen generált kockázatokhoz* vezet. Azonban ezek a kockázatok – az individualizáció miatt – nem mint intézményi, hanem mint az *egyéni választás* nyomán létrejövő kockázatok jelennek meg: e kockázatok menedzselése ebben a társadalmi közegben úgy konstruálódik meg, mint ami az *egyén felelősségi körébe* tartozik.

A kockázati társadalom legfontosabb üzenetei közé tartozik a negatív logika alkalmazása: a „*megfelelő ellenség*” (Christie, 1986) megtalálásával, megkonstruálásával megkezdődhet a negatív címkézés, a kizárás, a tagadás, az elkerülés alkalmazása ezzel az „*ellenséggel*” szemben. Így alakulhat ki a „*félelem társadalma*” a szolidaritáson alapuló társadalom helyett (Beck, 2003). A másik üzenet az irracionális félelmek kontrollálása azok racionálisakká alakításával; a félelem a racionális cselekvés alapjának látszik. Az emberek szakértőkhöz fordulnak, hogy azok irracionális félelmeikre valószínűségi döntésen alapuló „*megoldásokat*” hozzanak. A drog, a droghasználat és a droghasználók kiválóan alkalmasak mind a „*megfelelő ellenség*” szerepét eljátszani, mind pedig – „*irracionális*” voltuk miatt – arra, hogy racionálisnak tűnő megoldásokért, és persze, az ilyen megoldásokat kidolgozó szakértőkért

kiáltsanak. A későmodern társadalmakban² jelenlevő irracionális félelmek így – többek között a droghasználók mint kockázatok megalkotásával – kontrollálhatónak tűnnek.

A kockázati társadalomban az egyének és közösségek arra szólítottak fel, hogy szabadon és racionálisan, magukat irányítsák - szabályozzák. Ezért, nyilván, a felelősséget is maguknak kell viselniük. A *felelőssé tevés* (responsibilisation) mint az individualizáció és a szabványosítás intézményfüggő folyamatai arra bátorítják az egyént, hogy „vállalkozóként” fogja fel magát, és az elfogadott, megfelelőnek tartott modell szerint irányítsa viselkedését. A folyamat kétarcúságára érdemes felhívni a figyelmet: egyes társadalmi csoportok esetében ez hatékony hatalmi (kormányzati) stratégia lehet, másoknál pedig, a sikertelen *egyéneket* teszi felelőssé a gazdasági és más területen elszenvedett sikertelenségükért.

Lupton (1999) dolgozatában a *kockázatot és az élvezetet* kapcsolja össze, némileg szembefordulva az előbbieken kifejtett nézetekkel. Ugyan a *Foucault-i* (1991) *governmentality* értelmében az egyének önszabályozók és önmagukat kontrollálók, *Lupton* szerint sokan *lázadnak* ez ellen, aktív és akaratlagos *kockázatvállaló* magatartással, mint amilyenek az extrém sportok, kalandtúrák, vagy akár a droghasználat. A kockázatvállalás bizonyos fokig az *önaktualizálás* részévé is válhat. Ugyanakkor, számos pl. önéletrajzi könyv foglalkozik azzal, hogy a megnövekedett kockázat (kockázati magatartások) idején hogyan tud az egyén megküzdeni ezekkel – azaz hogyan tudja újra kontrollja alá vonni őket. Így a kockázatvállalás és annak kontrollja a modern élet növekvő kontrolljának és előrejelezhetőségének részévé válik. Mivel a kockázat mindig valamelyes fokú bizonytalansággal jár, ezért, folytatja *Lupton*, mindig a valamilyen értelemben felfogott *Másikhoz* kapcsolódik. *Lupton* (1999) elemzése nyomán az is világossá válik, hogy a bizonytalanságot és a kockázatot megtestesítő *Másik* kulturálisan valamilyen marginalizált csoporthoz tartozik a többségi társadalom meghatározása szerint. Itt megfigyelhetjük, ahogyan a *Lupton* által leírt jelenségek és a *Bauman-i* (1998ab) „*folyékony modernitás*” jellemzői „találkoznak”: noha előbbi elsősorban a közegészségügy területén mozog, utóbbi pedig általános társadalomkritikára vállalkozik, a jelenségekkel kapcsolatos értelmezéseik a lényegüket tekintve nem különböznek egymástól. *Bauman* (1998ab) szerint a fogyasztói társadalom egyik fő sajátossága a *bizonytalanság*, a biztonság hiánya. A szerző az előbb emlegetett térbeli elkülönítettséget tovább árnyalja, a *gettósodás* (gettósítás) kifejezésével, a

² A magyar társadalomra e kifejezés megint csak fenntartásokkal alkalmazható; de feltehető, hogy egyes sajátosságai Magyarországra is érvényesek.

szegénység (újra)kriminalizálása tételével, az „új szegénység” létrejöttének magyarázatával. Az új szegénység alkalmas arra, hogy legyen kitől félnünk: *Bauman* (1998a) szerint a hidegháború elmúltával megszűnt az ellenségkép, azt már nem a társadalmon kívül – egy másik hatalomban –, hanem a társadalmon belül kellett megtalálni; ott kellett, mert nem volt máshol hely, ahol meg lehetett volna lelteni. Csak hozzáfűzöm, *Christie* (1986) „megfelelő ellensége” (elsősorban a droghasználó) is nagyon pontosan fedi ezt a jelenséget. Ennek az új szegénységnek már semmi „értelme” (ahogy pl. az iparosodás korában mint munkaerő tartalék, még volt): *el kell tüntetni* őket a látómezőből³.

Az injekciós droghasználat: európai és magyarországi helyzetkép

Az injekciós droghasználat az 1980-as években Magyarországon csak elvétve fordult elő (Rácz, 1989, 1990, 1992). Az 1990-es évektől azonban aránya az észlelésre kerülő droghasználók között emelkedett: 2005-ben az ESPAD protokoll (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) szerint végzett budapesti kutatás 15-16 évesek között az injektálást 4% alattinak találta (Elekes és Paksi, 2005): 1992 (mióta a vizsgálatokat végzik) és 2005 között igen mérsékelt növekedéssel. A kezelésbe került droghasználók között a heroinhasználók (gyakorlatilag mind injekciós használó) száma 1997-2000 között nőtt, ekkor megközelítette az új betegek között a 2000 főt, majd pedig a jelen ideig folyamatosan csökkent. Az amfetamin-használóknál a csúcspont 1998-ban volt (az új betegek között kb. 1000 fő), majd egy csökkenés után lassú növekedést tapasztalunk a 2000-es években. Az amfetamin-használóknál nincs arra vonatkozóan adat, hogy hány százalékuk használja injektálva a szert (az Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program adatai, Nemzeti Drog Fókuszpont, 2006). Más szerek esetében is előfordul injekciós alkalmazás, azonban kis számban. A „gyors helyzetfelmérés és válasz” (rapid assessment and response, RAR) módszerrel készített, az injekciós droghasználattal kapcsolatos problémákra és megoldási lehetőségekre vonatkozó, kulcsszemélyekkel (szakemberek, közpolitikai szakértők, önkormányzati képviselők, injekciós droghasználók, stb.) országos vizsgálatunk szerint az országban jelentős regionális különbségek tapasztalhatók: Budapest, Miskolc és Szeged térsége vezet az injekciós droghasználat előfordulása tekintetében; ugyanakkor a rendelkezésre álló források is egyenlőtlenül oszlanak meg az országban, egyes megyék fehér

³ A kérdéssel Rácz J (2007b) könyvemben foglalkoztam részletesebben.

feltot jelentenek az ellátást (bármilyen, droghasználókat érintő ellátást!) tekintve (Rácz és Ritter, 2003)

A maradandó egészségkárosodást vagy esetlegesen gyógyíthatatlan állapotokhoz vezető *fertőző betegségek* (elsősorban: hepatitisz B és C, HIV) az injekciós használat legsúlyosabb népegészségügyi következményei (Garfein és mtsai., 1996; Stimson és mtsai., 1998). Az intravénás használat miatt fellépő fertőzések nem csak az injektáló populáció tagjaira (Kenski és mtsai., 2001), hanem a nem intravénás (Turner és mtsai., 1989; Weiss és mtsai., 1993; Neaigus és mtsai., 2001) és a nem használói populációkra is veszélyt jelentenek (Gyarmathy és Neaigus, 2005).

Korábbi kutatások eredményei azt sugallják, hogy a fejlődő, valamint a *rendszerváltáson* átesett kelet-európai országokban a bizonytalan társadalmi-gazdasági helyzet kedvez az intravénás használatához kapcsolódó HIV fertőzések kialakulásának és gyors terjedésének (Rhodes és mtsai, 1999ab; Kelly és Amirkhanian, 2003; Ball, Rana és Dehne, 1998; Rhodes és Simic, 2005). Világviszonylatban a Szovjetunió volt tagországaiban a legmagasabbak a fertőző megbetegedések prevalencia értékei (EMCDDA, 2006; EuroHIV, 2006, WHO, 2005), valamint szintén ebben a régióban a leggyorsabb a vírus terjedése is (Hamers és Downs, 2003; Ball, Rana és Dehne, 1998; Rhodes és mtsai, 1999b, EMCCDA, 2003; EuroHIV, 2006; Shakarishvili, 2005). A kelet-európai régióról általában szintén elmondható, hogy a rapid módon emelkedő HIV esetek legnagyobb részét az intravénás használók között diagnosztizálták (EuroHIV, 2006). A hepatitisz C és B fertőzöttség tekintetében jóval kedvezőtlenebb a helyzet mind Európában, mind az uniós tagországokon belül: utóbbiban 17%-95% volt a hepatitisz C (HCV), és 6-85% a hepatitisz B (HBV) fertőzöttek aránya (EMCDDA, 2006) az injektálók között. A rendelkezésre álló adatok alapján az is elmondható, hogy a kelet-európai régióban magas értékeket találhatunk az elmúlt 30 napban és a valaha történt tümegosztás tekintetében is (EMCDDA, 2002; Somlai és mtsai, 2002).

A fertőzöttség tekintetében kedvezőtlen közép- és kelet-európai helyzet ellenére Magyarországon mind a HIV, mind a HCV és HBV fertőzöttek aránya alacsonynak mondható (UNAIDS, 2002; EMCDDA, 2006), bár a HCV fertőzést tekintve 1997 és 2002 között duplájára nőtt a kórházban kezelt intravénás használók fertőzési aránya (Bánhegyi, Ujhelyi és Zacher, 2002): 16%-ról 30%-ra. Vizsgálataink során HIV fertőzött injekciós használókkal is találkoztunk (Rácz, Ujhelyi és Fehér, 2002).

Az intravénás használók HIV, valamint hepatitis B és C fertőzéseknek való kitettsége nem csak a közös tű- és eszközhasználatból, hanem a magas *szexuális* kockázati magatartásformákból is fakadhat (Rhodes és mtsai, 1999b; Kenski és mtsai, 2001; Des Jarlais és mtsai, 2001; Sagrestano és mtsai, 2005, Knight és mtsai, 2005). Ilyen a védekezés nélküli szexuális kapcsolatok magas aránya (Krauss és mtsai, 1999; Stacy és mtsai, 1999; Kenski és mtsai, 2001; Kral és mtsai, 2001; Strathdee és mtsai, 2001), vagy éppen az alkalmi szexuális partnerek magas száma (Wells és mtsai, 1993; Wulfert és mtsai, 1999). Ennek egyik következménye a szexuális úton terjedő fertőző betegségek magas prevalencia értéke az intravénás használói populációban. Az intravénás használók fertőzések tekintetében tehát kettős kockázatnak vannak kitéve: a nem biztonságos szexuális és intravénás használat együttesen fokozzák a fertőzésveszélyek kialakulását (Loxley, 2000). Mivel az injektlókra jellemző a saját populációból való szexuális partnerválasztás (Neaigus és mtsai, 1994; Friedman és mtsai, 1997; Kenski és mtsai, 2001) különösen saját populációjukra jelentenek fertőzésveszélyt.

A közép és kelet európai országokban az intravénás szerhasználók szexuális viselkedésére és szokásaira, illetve azok összefüggéseire vonatkozóan az eddigi vizsgálatok az injektló drogfogyasztók körében magas szexuális kockázati magatartásformák jelenlétét emelik ki (EMCDDA, 2002; EMCDDA, 2006; Mikl és mtsai, 2001; Somlai és mtsai, 2002; Reilley és mtsai, 2000).

Kockázátészlelés és kockázati magatartások

Injekciós droghasználók körében saját, korábbi vizsgálatainkon (Rácz, Máthé-Árvay és Fehér, 2003; Gyarmathy és mtsai, 2006; Márványkövi és Rácz, 2005; Márványkövi, Melles és Rácz, 2006ab, Rácz, 2006c; Rácz és mtsai, 2007;) kívül, lényegében, nem történtek szociológiai, etnográfiai vagy szociálpszichológiai vizsgálatok. 1999-2002 között mintegy 200 injekciós használó között végeztünk interjú és etnográfiai vizsgálatot (utóbbit Gyarmathy V. Anna és Alan Neaigus). A vizsgálatba bevontak kb. fele-fele arányban használtak injekciós formában heroint és amfetamint (52%, 51%; néhányan mindkét szert). 68%-uk megosztotta az injekciózáshoz használt eszközeit; többen azért fordult a használt fecskendőhöz, mert a rendőrségtől való félelme miatt nem mert magánál hordani steril injekciós tűt. Az injekciós eszközök megosztása – többváltozós statisztikai módszer alapján – összefüggött a HIV/AIDS-

nek való nagyobb észlelt kitettségnek, az alacsonyabb énhatékonyságnak (self-efficacy), a kortárs csoport hatásának (a nem-tiszta tű használat irányában) és a krimenes élettörténeti előzményeknek. Az injekciós szerelékeket megosztó netwörkök kis méretűek (2-3 fő) voltak – szemben az idézett irodalmi adatokkal, melyek a kelet-európai régióban sokkal nagyobb létszámú, hasonló hálózatokról számoltak be. Kutatásaink szerint az injekciós droghasználók alulbecsülik a drogos (heroin) állapotban folytatott szexuális aktus veszélyeit, ugyanakkor az intravénás használatot tartják a legveszélyesebb droghasználati formának. Biztató jelenségnek találtuk, hogy az injekciós droghasználók felfedik egymás előtt szerostátuszukat (azaz, hogy fertőzöttek-e hepatitiszszel); ugyanakkor injekciós és szexuális magatartásukat a partnerrel összefüggésben a bizalom, és nem pedig a biztonságosabb injekciózásra vagy a biztonságosabb szexualitásra való törekvés motiválta.

Az egészséghit-modellel (Becker, 1984) végzett vizsgálataink alapján a kockázatpercepció és viselkedés összefüggéseit tekintve elmondható, hogy jóllehet az injekciós droghasználók mind a szexualitás, mind az intravénás használat terén kockázatot percipiálnak, nem cselekednek annak megfelelően. Szintén bebizonyosodott, hogy aki droghasználatát tekintve nagy kockázati viselkedést tanúsít, ugyanúgy fog tenni szexuális viselkedésében is.

Az injekciós droghasználattal kapcsolatos intervenciók tapasztalatai

Az injekciós droghasználókat célzó intervenciók stratégiák kialakításánál az injekciós kockázatcsökkentés mellett a szexuális kockázat percepciók és magatartásformákat is figyelembe kell venni. Az intervencióknak tekintettel kell lennie az injektáló populáció heterogenitására is. A *„Nemzeti stratégia a kábítószerprobléma visszaszorítására”* című Országgyűlési határozat (2000) nevesít – egymásra épülő rendszerben - ártalomcsökkentő, alacsony-küszöbű, kezelési és rehabilitációs ellátási formákat – többek között – az injekciós használókkal kapcsolatban. Kutatásaink nyomán felhívtuk a figyelmet az ún. alacsony-küszöbű (azaz könnyű elérést lehetővé tevő) és ártalomcsökkentő programok (Rácz, 2005b) szélesebb körű alkalmazására, továbbá e programok elsősorban egészségügyi szempontú (pl. HIV, hepatitisz szűrés) (Gyarmathy és mtsai, 2004; Márványkövi és Rácz, 2005; Márványkövi, Melles és Rácz, 2006a) fejlesztésére, a kezelési láncban betöltött szerepük erősítésére.

A kezelésen kívüli injekciós droghasználók esetében azt tapasztaltuk (Márványkövi, Melles és Rácz, 2006a), hogy a droghasználók a különböző kezelés-típusok közül a metadon- fenntartó kezelésbe jutást ítélték a legnehezebbnek, indokként elsősorban a hosszú várakozási időt, a bejutási és a kezelési feltételek szigorúságát említik. A kutatás során felmért kezelési szükségletekhez képest a metadon fenntartó és a rehabilitációs kezelések esetében volt a legalacsonyabb bejutási ráta. A különböző háttértényezők hatásának logisztikus regresszióval történő vizsgálata alapján pedig azt tapasztaltuk, hogy a kezelésbe jutást két tényező befolyásolta szignifikáns mértékben: az illető *drogkarrierjének hossza*, és az *iskolázottsága*: a hosszabb drogkarrierrel rendelkezők és az iskolázottabbak nagyobb valószínűséggel kerültek valamilyen kezelésbe, mint azok, akik csak rövidebb ideje használtak rendszeresen injektált amfetamint vagy heroint, illetve mint akik kevésbé iskolázottak.

Az eredmények figyelembe vételével, valamint további kutatások segítségével a hazai szakemberek realisabb és megvalósíthatóbb célkitűzéseket határozhatnak meg a célcsoport kezelésbe segítése és motiválása, a már meglévő szolgáltatások és kezelési formák fejlesztése, valamint új, vagy még egyáltalán nem létező szolgáltatások kialakítása terén. Erre azért is nagy szükség van, mert éppen az alacsony-küszöbű ellátási formákról állapítottuk meg (Márványkövi és Rácz, 2005), hogy a működtetőknek problémát jelent az „alacsony-küszöbűség” és a célcsoport fogalmának értelmezése. Kevés szolgáltatás (mindössze 6 az összesen 62-ből) nyújt HIV és hepatitisz szűrést és tanácsadást. A vizsgált szolgáltatások inkább szociálisnak, mint egészségügyinek nevezhetők (ahogy erre egy másik vizsgálatunkban is utaltunk: Gyarmathy és mtsai, 2004). A szolgáltatásoknál az alapműködéssel kapcsolatos (az anonimitást megtartó) minőségbiztosítás fejlesztése elengedhetetlen az ellátási láncban betöltött szerepük megértéséhez. A szolgáltatások módszertanilag és a minőségbiztosítás tekintetében fejlesztésre szorulnak. Ezt a finanszírozási bizonytalanságok előrejelezhetetlenné teszik.

Az injekciózással és a szexuális magatartásokkal terjedő fertőzésekkel kapcsolatos intervenciókat különösen fontosá teszi, hogy a „szomszédunkban”, Ukrajnában, illetve a volt-Szovjetunió utódállamaiban a világon a legnagyobb mértékű a HIV/AIDS terjedése. Egyelőre nehezen magyarázható, hogy a közép-európai országokat miért kerülte el az AIDS epidémia; azonban mindent meg kell tenni, hogy ez a kedvező helyzet fennmaradjon, a hepatitisz (C) vonatkozásában, pedig, lehetőség szerint ne romoljon!

Kutatási előzmények

Az 1980-as évek óta folytatok kvalitatív kutatásokat *ifjúsági szubkultúrák* tagjai körében. Először a „*csövesek*” körében vizsgálódtunk – mára nemcsak a jelenség tűnt el, a szó értelme is megváltozott, illetve *visszatért* a – „már mindig is létező” - régi jelentése (csövező, hajléktalan). Erről a Z. téri kutatásról 1984-ben számoltunk be (Rácz, Göncz és Kéthelyi, 1984). A 80-as évekbeli, interjúkon és résztvevő megfigyelésen alapuló kutatásaimat az évtized végén foglaltam össze (Rácz, 1989, 1990). Csak néhány, ma már „történelmi” megállapítás a szubkultúrába kerülés útvonalaival: a kirekesztésről és a kivonulásról, előbbi a társadalmi kényszerekről, utóbbi inkább az egyéni választásról szólt. Az *útvonala* képe megjelent abban is, ahogy az interjúalanyok magukat látták: a többségi társadalomtól különbözőnek, azt elutasítónak vagy magukat a társaikhoz hasonlóknak (nem törődve túlzottan a többségi társadalommal); tehát a különbözőség/elutasítás vagy a hasonlóság dominált énképükben. Végül, mindez összefüggött azzal a folyamattal, amit a fojtogató társadalmi kontroll és a szociális vákuum kifejezésekkel jelöltem. A *bináris oppozíciókat* nemcsak az általam írt szövegre, hanem e szubkultúrák tagjainak szubjektív valóságfenntartó plauzibilitás struktúráira is érvényesnek tartottam, ami a peremlét egyik következménye lehetett. Szó esett a társadalmi minősítő folyamatok bonyolult és finom rendszeréről, ennek az énképre, a *Goffman-i* értelemben vett morális karrierre gyakorolt hatásáról. A droghasználat összetett, szociológiai, szociálpszichológiai és pszichológiai jelenségére a „*drogfogyasztó magatartás*” (Rácz, 1988) kifejezést használtam. Az 1990-es évek elején egy lakótelepi szegénynegyedben, a *Jereván lakótelepen*, folytattunk kutatásokat, a résztvevő megfigyelés módszerével (Rácz és Hoyer, 1995abc). A lakótelepen hullámszerű társadalmi-társas szerveződés módról, „*pörgésről*” és „*punnyadásról*” értekeztünk (Rácz és Hoyer, 1995abc): mind a lakótelepi fiatalok „kortárs mezője”, mind pedig a kutatócsoport pszichodinamikája tekintetében.

Kvalitatív kutatások

A disszertációban a szerző injekciós droghasználókkal kapcsolatos kvalitatív kutatásokat mutat be. A kvalitatív kutatások ma reneszánszukat élik. A kutatások fellendülésének nézetem szerint számos oka van: a „bonyolultabb” társadalmi viszonyok megkövetelik a módszertanilag sokrétű társadalomtudományi kutatásokat, így a speciális társadalmi problémák és társadalmi csoportok vizsgálatát, a kutatónak saját maga és „kutatási tárgya”

pozicionálását, a társadalmi berendezkedéssel, a „hagyományos” kutatói beállítódással és episztemiológiával kapcsolatos kritikai vizsgálódásokat. A nemzetközi fellendülés pedig, részben annak is köszönhető, hogy a hagyományosan etnográfiai vagy antropológiainak, „cultural studies-nak” stb. nevezett irányzatokat ezzel a névvel látják el; az átnevezés mögött éppen a sokféleség iránti igény húzódik meg, de alternatív olvasatként egy tudományterület expanszióját és asszimilációs törekvéseit is láthatjuk.

A fentiek alapján úgy tűnik, mintha a kvalitatív kutatásokat egyfajta gyűjtőfogalomnak láttatnám; ezzel szemben az irányzat reprezentánsai saját jogán *önálló tudománynak* tekintik azt. *Denzin és Lincoln* (2000) a kvalitatív kutatások történetét a következőképpen bontja fel, egyben – talán nem annyira szándékoltan – az előbb emlegetett expansziót is érzékeltetve:

1. tradicionális korszak: 1900-1950
2. modernista vagy az „aranykor: 1950-1970
3. az elmosódó stílusok kora: 1970-1986
4. a reprezentáció krízise: 1986-1990
5. a posztmodern, a kísérleti és az új etnográfiai korszak: 1990-1995
6. a posztexperimentális kutatás: 1995-2000
7. és a jövő, ami már elkezdődött: 2000-

Ez a „jövő” alapvetően a *morális diskurzusokat* helyezi előtérbe, a *szövegszerűség* hangsúlyozásával. Ez az időszak megnyitja az utat a demokráciáról, a faji kérdésekről, a nemekről, az osztályhelyzetről, a nemzetállamokról, a globalizációról, a szabadságról és a közösségről folyó kritikai párbeszéd számára. A posztmodern mozzanat minden elmélet vagy módszer kizárólagosságát, privilégiumát megkérdőjelezte, kialakítva egy „új szenzibilitást” és *kétséget*. A *narratív fordulat* következtében a kutatók megtanulták, hogyan írjanak a korábbiaktól eltérően tudományos munkákat, hogyan olvassák a „terepet” mint szövegek sokféleségét, és végül, hogy elhelyezzék magukat és kutatási alanyaikat saját tudományos szövegeikben. A kvalitatív kutatás – adnak egy kiinduló definíciót a szerzők – „egy szituatív tevékenység, mely a megfigyelőt elhelyezi a világban. Interpretatív, dologi gyakorlatok sorából áll, melyek a világot láthatóvá teszik. Ezek a gyakorlatok megváltoztatják a világot. A világot reprezentációk sorozatává alakítják, beleértve a terepen készült jegyzeteket, interjúkat, párbeszédet, fotókat, különböző módon rögzített anyagokat, és a kutató saját magának készített jegyzeteit” (Denzin és Lincoln, 2000, 3.o.). Majd így fejezik be: „a kvalitatív kutató

a dolgokat természetes színtereikben vizsgálja, megkísérli megérteni vagy értelmezni a jelenségeket azokkal a jelentésekkel, melyeket az emberek adnak a dolgoknak” (uott).

Denzin és Lincoln (2000) a kvalitatív kutatóra a *bricoleur* kifejezést használják (Lévi-Strauss nyomán), aki a legkülönbözőfélébb eszközöket és módszereket használja, hogy „összeácsoljon” „fabrikáljon” egy *bricolage-t*, vagy más hasonlattal: egy *montázst*, vagy a dzsesszből véve példát, egy *improvizációt*. Amit a szerzők ezekkel a kifejezésekkel érzékeltetni akarnak, az a kutatás nem lineáris, nem szekvenciális rendje (akár a megfigyelésre, akár az interpretációra vagy a megírásra gondolunk), hanem a jelenségek észlelésének és rögzítésének szimultán, nonlinearis egészlegessége, *gestaltja*. A módszertani *bricoleur* mellett az elméleti *bricoleur* ugyanígy használhat minél több elméleti irányzatot, szempontot; *paradigmákat* (melyek viszonylag meghatározott ontológiával, episztemiológiával és módszertannal rendelkeznek); *hiedelem-rendszereket*, melyek sokkal kevésbé kézzelfoghatók, mint a paradigmák, és amelyek sokkal inkább egy világszemléletet fejeznek ki; és használhat *perspektívákat*, amelyek között még könnyebb a mozgás, s melyek még inkább alkalmasak a valóság szimultán ábrázolására. Nem véletlen, hogy a posztexperimentális és a „jövő” fázist olyan módszerek jellemzik, mint a fikciós etnográfikák, az etnográfikus költészet és a multimédia „szövegek”.

Denzin és Lincoln (2000) a kvalitatív megismerés módszerei között felsorolt tudományos paradigmái közül hozzám leginkább a *konstruktivista paradigma* áll. Ezt relativista ontológiával (többszörös realitások), szubjektivista episztemiológiával (a megismerő és a válaszoló konkrét megértései, tudásai) és naturalisztikus (a természetes világban működő) módszertannal jellemzik a szerzők. A pozitivist tudományos fogalmakat, pedig, mint a külső és belső validitás, reliabilitás, objektivitás, olyanokkal váltják fel, mint: az ismeret megbízhatósága, áthelyezhetősége (transferability), a kontextustól való függősége és az alátámaszthatósága (confirmatory).

Idekívánkozik Ricoeur (2002) megjegyzése a *szövegek* olvasási formáival kapcsolatban. „Amit meg akarunk érteni, az nem olyasvalami, ami a szöveg *mögött* van, hanem az a valami, ami nyíltan előttünk fekszik. Nem az eredeti diskurzusszituációt kell megértenünk, hanem a lehetséges világra történő utalásokat. A megértésnek csak kevésbé kell foglalkozni a szerzővel és helyzetével, inkább a szöveg révén megnyíló világok jelentéseit érdemes megragadni. Egy szöveg megértése azt jelenti, hogy követjük az értelemtől a vonatkozásig tartó mozgást, abból

kiindulva, amit mond, elmenve addig, amiről szól.” (Ricoeur 2002: 74.) Ricoeur szerint – jegyzi meg Szabó Márton (2003) a szövegalapú társadalomtudományi megközelítés kapcsán – minden szöveg egy *lehetséges* világról is szól, és amikor megpróbáljuk „elolvasni” ezeket, akkor nem az interjúalanyok vagy az interjúkészítők énjébe, tapasztalataiba helyezkedünk bele, hanem a megértésünkbe *emeljük azt a nem nyilvánvaló, de lehetőségként létező valóságot* – így Szabó (2003) –, „amelyre a szöveg viszonyai utalnak” (Ricoeur 2002: 74.). Az első fejezetben is, és a disszertáció több helyén oly’ sokszor emlegetett metafora is lényegében ennek a felismerésnek próbál eleget tenni, azaz a szöveg *mozgásba lendítése*, a többféle értelmezés számára nyitott, vagy megnyitni kísérő szövegek és magyarázatok emlegetése ezt a célt szolgálja.

A kutató pozíciója: a szerzőiség kérdése – első közelítés

A Harré és Langenhove (1999) által is vallott konstrukcionista megközelítésben ők elsősorban a beszélő (szerző) pozíciójára, az ő személyes részvételére – és identitására – kíváncsiak a beszélt-leírt diskurzusban. Az idézett példa szerint, ha ’A’ személy viselkedését ’B’ meg akarja érteni többféle értelmezést kipróbálva, a végső értelmezés attól függ, hogy ’A’ személy viselkedése milyen elbeszélői történetstruktúrába (*storyline*) követ, azaz, ’A’ történetstruktúrája milyen módon nyer alátámasztást, miközben ’A’ egy koherens nyilvános ént mutat, mely egy adott szociális szituációban jön létre. Az egyéni lét így pozícionált és kölcsönösen – egy másik szereplő által – támogatott, elfogadott. A pozícionálás során folyékony természetű „részeket” vagy „szerepeket” rendelünk hozzá az egyes, a diskurzív folyamatban résztvevő személyekhez, melyek létrehozják a diskurzív személyes történeteket, mely az egyéneket a szociális aktusok tekintetében intelligens és relatíve meghatározó erőkké teszi. Például, egy beszélgetésben a „tanár” (P1) és a „diák” (P2) mint pozíciók jelennek meg. A beszélgetés – mint beszédaktus – előrehaladásával az elbeszélt történet változhat, különböző történetstruktúrák jöhetnek létre, melyek az előző pozíciókat megváltoztathatják. Lehet, hogy továbbra is tanár és diák beszélget, azonban pozícióik megváltoznak: a diák valami miatt a „mártír” pozícióját veszi fel, ami az általa mondottakból (*storyline*) kikövetkeztethető. A tanár választhat, hogy egy komplementer „megmentő”, vagy „bűnbakoló” pozíciót vesz fel: nyilván a szituáció egésze, pontosabban annak narratív rendje, alapján választja ezt vagy azt a stratégiát.

Amiről eddig szó volt, az az elsőrendű pozicionálás. Ha a „diák” megkérdőjelezi diákságát, vagy a tanár tanárságát, akkor másodrendű pozicionálásról beszélünk, pl. azzal a megjegyzéssel, hogy „mi köze van magának ahhoz, hogy én mit csináljak?”. A pozicionálás során megkülönböztethetünk még akaratlagos és forszírozott én- és másik-pozicionálást; ez arra utal, hogy a diskurzusban résztvevők hatalmi pozíciójához is kapcsolódik ez az aktus. Harré és Langenhove (1999) végül hangsúlyozzák még azt is, hogy a pozicionálás mindig valamilyen helyi *morális rend* vonatkozásában történik, illetve másképp fogalmazva, a pozicionálás mindig közöl valamit a morális rend konstrukciójáról.

Nagyon leegyszerűsítve, ha a disszertáció kvalitatív kutatásai interjúalanyait *mint droghasználókat pozicionálom* (elsődleges és forszírozott pozicionálás), akkor vajmi keveset tudok meg a droghasználók viselkedéséről, vélekedéséről; arról, hogy ők magukat esetleg nem is tartják droghasználónak, hanem inkább kísérletezőnek vagy éppen a kortárs többség követőjének (a többségének, amely pl. kipróbálta a marihuánát). Ugyanígy, a kutatókat vagy jómagam sem pozicionálhatom a droghasználókat megismerni szándékozó kutatónak, mert ezzel előre pozicionálom magam, és megint, a kutatás alanyait. Egy ilyen pozicionálás kevés új ismeret megszerzését teszi lehetővé, ha egyáltalán valamennyit lehetővé is tesz. Amit egy ilyen kutatásban megtudunk, azt jórészt már a kutatás elején tudtuk. A másodlagos pozicionálás révén megkérdőjelezhetem az elsődlegest: tényleg droghasználókról van szó, mit jelent a droghasználó: aki egyszer, többször próbált valamilyen illegitim drogot, vagy rendszeres használó (mit jelent a rendszeresség?) vagy a függő használót? Mit jelent az illegitim és a legitim pszichoaktív-szer és szerhasználat, honnan a különbség? Ez a pozicionálás a kutató számára már nyitottabb, többjelentésű helyzetek kialakulását teszi lehetővé; következésképpen maga a kutatás is jobban igazodhat a kutató és a kutatás alanyai között kibontakozó diskurzushoz, ahol a két szereplő többféleképpen pozicionálhatja magát, visszaadva valamit a társas élet interakciós gazdagságából és változékonyságából.

A kutatói pozíció felfüggesztése

A *kutatói* pozicionálás felfüggesztése olyan alternatív pozicionálásokat tesz lehetővé, hogy a kutató – maradjunk ennél a szónál – valójában a hatalom kontrolláló igényeinek próbál eleget tenni, miközben adatokat gyűjt. Az is kiderülhet a kutatás során, egyes társadalmi csoportokat hogyan lehet kontrollálni; ha már a „szokásos” hatalmi technológiák nem működnek – lásd a *Foucault-i governmentality* kialakulását (Foucault, 1991). A kutató másfelől lehet egy

elnémított csoport „hangja”, aki éppen az elnyomást fedi fel. A kutatás továbbá szolgálhatja a későmodernkori⁴ ének megismerésén keresztül a kutató önreflexióját, önműködését, öntökéletesítését, identitás-projektjének végrehajtását, stb. Ezekre a kérdésekre még visszatérek.

A szelfpluralisztikus elméletek (lásd később!) fényében kerülendő, hogy a kutatás során a kutató éneke *tárgyasítsa* (*it-ifying*) a kutatás alanyait, vagy éppen önmagát. Végül, a kvalitatív kutatónak szembesülnie kell a *voyeur* pozíciójával is. Ehhez nyújthat eligazítást Zizek a pornográfiával és a perverzióval kapcsolatos gondolatmenete: „A pornográfiában a néző eleve kényszerítve van, hogy a perverz pozícióját foglalja el. ... A közhellyel ellentétben, miszerint a pornográfiában a másik (az a személy, aki a vásznon látható) a néző voyeur élvezetének tárgyává degradálódik, hangsúlyoznunk kell, hogy maga a néző az, aki a tárgy pozíciójába kerül. A valódi alanyok a vásznon látható színészek, akik megpróbálnak minket szexuálisan felizgatni, míg mi, nézők a mozdulatlanságra ítélt tárgy-tekintet állapotába vagyunk redukálva.” (Zizeket idézi Tímár Katalin, é.n.). Ez a „tárgy-tekintet állapota” az *it-ifying* pontos leírása. A folyamatosan változó kutatói pozíció nyíltá tétele, a kutató és a „kutatás tárgya” közötti kapcsolat reflexiójával – úgy vélem – ezt a „hibát” (valójában morálisan is elítélendő pozíciót) sikerül kiküszöbölni.

A kvalitatív kutatások narratív perspektívája

Bruner (1986) jól ismert felfogása különbséget tesz kétféle megismerés és tudás között. Az egyik a természettudományos megismerésre jellemző paradigmatis vagy logikai-tudományos mód, mely elvont fogalmakkal és az igazságot formális logikai és tapasztalati bizonyítékok révén igyekszik megismerni. A másik a narratív mód, amely a társadalomtudományokra jellemző, és az emberekhez kapcsolódó tetteket és az ezekhez kapcsolódó történeteket vizsgálja. Nem az igazság, hanem az élethűség kialakítására törekszik – összevethetjük ezt azzal, amit Geertz (1994) mond az etnográfia hitelességéről, a szerzői funkcióval kapcsolatban.

„A narratívumokat azonban nem csupán az eddig tárgyalt módon, tehát nem csupán a valóság és a jelentés szociális-kognitív kialakításának hordozójaként és anyagaként fogalmazhatjuk

⁴ A disszertációban előnyben részesítem a későmodernkor megnevezését, a posztmodern vagy modern (Bauman-i értelemben) kifejezéseket is használom, ha a hivatkozott szerzők kifejezetten ezt javasolják. Ugyanakkor a későmodernkor leírását megpróbáló elméletek posztulátumai és a mai Magyarország viszonyai között akár feloldhatatlan ellentmondások is lehetnek, ahogy erre korábban is utaltam.

meg. A pszichológiában a narratív kutatások kiterjednek egyrészt magára az elbeszélés módjára, vagyis arra, hogy miképpen működnek a történetek, másrészt azokra a pszichológiailag értelmezett formákra és funkciókra is, amelyek a narratívumoknak az emberek életében betöltött szerepéből levezethetők” (László, 2005, 98.o.).

A narratívum referencialitása

A következőkben elsősorban *László* (1999, 2003, 2004, 2005) nyomán, csak felsorolásszerűen említem meg azokat a *referenciális* vonatkozásokat, amiket a disszertáció szerkesztése során megpróbáltam magam is alkalmazni:

- *A történelem mint narratívum*: „a történetírók a valószerűség és az élményszerűség fokozása érdekében retorikai alakzatokat vesznek figyelembe és erőteljesen támaszkodnak a tudatosság síkjára, vagyis arra, amit a történelem szereplői tudhattak, gondolhattak és érezhettek” (László, 2005, 103.o. vagy Gyáni, 2003ab). A retorikai alakzatok szerepét elsősorban felépült injekciós droghasználók narratíváinál veszem figyelembe!
- *A tudomány mint narratívum*: a kijelentés nem a tudományos megismerés lehetőségét kívánja zárójelbe tenni, csak rámutat arra, hogy még a kísérletes tudományoknál is milyen sok múlik azon, hogy egy tanulmány szerzője (aki a háttérben húzódik meg), pl. kiket, milyen módon idéz, mit emel ki saját és mások kutatásaiból.
- *Narratív okság* (valójában motívumok vagy indokok).
- *Az idő szerepe a narratívumban*: utóbbi két kérdésre (okság, időbeliség) még többször visszatérek.
- *Narratív kánonok* (lásd még Gyáni, 2003b): droghasználatnak, mint tiltott viselkedésnek erősen kanonizált jelentése van; az *Amerikai Pszichiátriai Társaság* (DSM-IV: APA, 1994) és a *WHO „Betegségek Nemzetközi Osztályozása”* (BNO, 1996) meghatározza, hogy milyen módon beszélhetünk pszichoaktív-szerhasználatról, *veszélyes használatról* vagy *abúzusról* és *függőségről*. Előbbi esetében abúzusról van szó, ha a négyből egy, dependenciáról pedig akkor, ha a hétből három kritérium érvényesül egy 12 hónapos időtartamban. Úgy vélem azonban, ha ezt a kanonizált jelentést követem, kevés újat tudok meg a kutatás résztvevőiről. Anélkül, hogy megkérdőjelezném ezt a tudást, inkább zárójelbe helyezem, felfüggesztem a

disszertáció jelentéstartományában: lássuk, mi derül ki a droghasználókról, ha nem mint „betegekhez” közelítünk hozzájuk!

- *Hermeneutikai kompozíció*: László (1999) összekapcsolja a hermeneutikai megismerést a narrativitással: „hermeneutikai elemzés tárgya lehet az a kérdés is, hogy miért éppen ezt a történetet mondja éppen ebben a helyzetben éppen ez a narrátor” (László, 1999, 60.o.).
- *Narratív perspektíva*: az elbeszélői perspektíva hordozza azokat a tudatállapotokat, amelyek az elbeszélőt, illetve az elbeszélés szereplőit jellemzik. Ez az a jelenség, amellyel a disszertációban többször is találkozni fogunk. Úgy látom, bizonyos megfeleltetés tehető a narratív perspektíva és a pozicionálás, sőt a szelfpluralisztikus elméletek között; ha egyenlőséget nem is tehetünk e három fogalom közé; azonban a vizsgálat és a feltárás szintjén hasonló jelenségeket tanulmányozunk (lásd még Odorics, 2003).

Végezetül, László (2005) az *Identitás és narratívum* (115.o.) című fejezetében foglalkozik olyan jelenségekkel, mint az élettörténet *McAdams-i* modellje, az énfeljlődés kérdése, a trauma és elbeszélés szerepe, az élettörténet mint szociális konstruktum és a jelentős életesemények kutatása. Ezek közül a témák közül a későbbiekben többre is visszatérek, mert a kutatásokban én is az élettörténet – és az élettörténeti interjú - *McAdams-i* (McAdams, 1993; McAdams és mtsai, 1996) felfogását alkalmaztam.

A kutató és a szerzőiség – második közelítés

Korábban a kutató pozicionálásáról írtam. Most a kutató énjét – miként később a kutatás „tárgya” énjét – nem a pozicionálás perspektívájából vizsgálom, hanem bizonyos értelemben belépek ebbe az éntartományba, és megvizsgálom, ha nemcsak a másikhoz viszonyítom az ént, hanem a személyiségen belül is több, egymással kölcsönhatásban álló ént feltételezek – melyek természetesen az őket körülvevő, „külső” énekkel is kapcsolatba léphetnek -, akkor javítom-e a pszichológiai megértés lehetőségét. A kutatás alanyainak és a kutató énjének ilyen vizsgálatához az *énelméletek*hez kell fordulnom.

A *dialogikus szelf* Bahtyinig húzódó fogalma az ént divergáló és ellentétes „hangok”, „dialógusok” polifóniájaként fogja fel, elsősorban Bahtyin (2001) *Dosztojevszkij* poetikájának elemzése alapján. Ez az irodalmi-esztétikai elemzés a későbbiekben a szelfpluralisztikus teóriák egy formáját is kialakította. Ennek nyomán Hermans, Kempen és Van Loon (1992) a

szelfet viszonylagos autonómiával rendelkező én- (*I*)-pozíciók dinamikus sokféleségeként fogja fel. Ebben a nézetben az én (*I*) olyan képességekkel rendelkezik, hogy egyik térbeli pozícióból a másikba képes elmozdulni, a megfelelő időbeli változással. Az én (*I*) különféle, akár ellentétes pozíciók között fluktuálhat. Mindeközben rendelkezik azzal az imaginárius képességgel, hogy minden pozícióhoz bizonyos „hangot” rendeljen, így a különböző pozíciók között lehetővé válik a dialogikus kapcsolat. Ezek a hangok töltik be azt a szerepet, amit a regényben a karakterek (utalás Bahtyinra). Mindegyik pozíciónak – ahogy mindegyik karakternek a regényben – megvan a saját története, amit a saját szemszögéből (pozíciójából) tud elmesélni. Ezek a hangok a hozzájuk tartozó „*Me-ről*” cserélnek információt, megteremtve ezzel a komplex, narratíván strukturált szelfet. Ahogy a karakterek, ezek a „hangok” is tartozhatnak a külső világhoz, de megjelenhetnek a belső, imaginárius világunk részeiként is.

Hermans és munkatársai (Hermans, Kempen and Van Loon, 1992; Hermans, 2001ab; 2003) két kiindulópontot választottak self koncepciójuk kidolgozásához: az egyik James (1890) különbségtétele *I* és *Me* között, ahol az *I* egyenlő a *self-mint-megismerő-vel* (self-as-knower), és három fő tulajdonsággal rendelkezik: kontinuitás, megkülönböztethetőség és akarat. Az első lényegében a személyes identitás érzése, a második az egyéniségnek, míg a harmadik tulajdonság azt fejezi ki, hogy a szelf a tapasztalatok aktív végrehajtója (ágencia-funkció). Mint azt jól tudjuk, ma az én (*I*) kontinuitását, a személyes identitás egészlegességét éri a legtöbb támadás (pl. Editorial, 2005, Battersby, 2006). Ha a disszertáció kutatásaira gondolok, nehéz is egy folytonos ént feltételeznem...Azonban az én folytonosságáról folytatott vita meghaladja a könyv – és szerzője – lehetőségeit.

Visszatérve *Hermans-hoz* és *James-hez*, a *Me* megfelel az *én-mint-megismert-nek* (self-as-known), és olyan elemekből áll, melyeket valakihez tartozónak tartunk. A szakirodalomban jobban elterjedt *Mead* hasonló *I-Me* felfogása, amire az idézett szerzők tanulmányaikban ugyan nem hivatkoznak, de véleményem szerint *Mead* (1934) felfogása közel áll a *Hermans* és munkatársai által átvett *James-i I és Me* formulához, azzal a különbséggel, hogy *Mead* a “me” kapcsán annak szociálisan felépített-létrehozott tulajdonságait hangsúlyozta, míg az idézett szerzők ezt nem tartják annyira fontos megkülönböztető jegynek.

A szerzők másik kiindulópontja *Bahtyin* volt, akinek a *polifonikus regény* fogalmát, mint metaforát, vették át és építették elméletükbe. Ha az előbbi *Me* felfogásra gondolunk, számos

karakter van, amelyek ehhez a *Me*-hez tartoznak. Ezeket a különböző karaktereket fejezi ki *Bahtyin* polifonikus metaforája. Nála ezek a *karakterek* – gondoljunk egy regény szereplőire - , nemcsak különböznek egymástól, hanem más-más hangon szólalnak meg - innen *Hermans-ék* „*az én hangja*” (voice of I) fogalma - és más-más világszemlélettel is rendelkeznek. Tehát egy regény szereplői nem a szerző hangján, hanem saját hangjukon szólalnak meg, ami akár ellentétes vagy vitázó is lehet más hangokkal, vagy a szerző szándékaival. A szereplők saját hangon való megszólalása és a szerzőtől való „függetlenségük” természetesen nem jelenti azt, hogy nem a szerző alkotta meg őket.

Az individuális szelf-fel szemben, a *dialogikus szelf* – így *Hermans* (2001b) - azon a feltételezésen alapul, hogy sok én- (*I*)-pozíció létezik, amit ugyanaz a személy tud elfoglalni. Ezek a pozíciók egyetérthetnek, ellenkezhetnek és ellentmondhatnak egymásnak, megkérdőjelezhetik egymást stb. Valójában a „pozíció”, a „pozicionálás” is inkább ezt a térbeli szerveződést fejezi ki, nem feledve azt a tényt, hogy időbeliség nélkül történet sem lehetséges. *Cooper* (2003) szerint az én- (*I*)-pozíciók közötti viszony szoros összefüggésben áll a személy által átélt distresszel, illetve jól-létel. Az egészségesnek tartott intraperszonális viszonyulás akkor valósul meg, ha az összes én- (*I*)-pozíció fenntart egy bizonyos fajta individualitást, az én-pozíciók nem olvadnak össze, nem fedik át és nem „szennyezik be” egymást. *Cooper* (2003) *James*, *Hermans*, *Bahtyin* és nem utolsósorban *Buber* nyomán megkülönbözteti az általa destruktívnak tartott, a fejlődést nem szolgáló „*I-Me*” kapcsolatot (ahol a „*Me*” a tárgyiasult és megkövült én-pozíciónak felel meg, amellyel nem lehet dialogikus kapcsolatot kialakítani) és a fejlődésre, változásra képes „*I-I*” kapcsolatot, azaz a különböző én- (*I*)-állapotok közötti, egyenlőségen alapuló dialogikus és kommunikatív kapcsolatot.

Amiért érdekesek számunkra a szelfpluralisztikus elméletekben a különböző én- (*I*)-pozíciók, az az, hogyan konstruálódik meg például a drogfüggőségből történő felépülés folyamán az „*I-I*” dialógus, felváltva az addigi, diszfunkcionális, némaságra ítéltetett intraperszonális (*I-Me*) kommunikációt. *Bahtyin* „térbeliség” fogalmával érthetővé válik az a sajátos önéletírási szerkesztési mód is, mellyel a felépült droghasználók különböző én-állapotaikat („hangjaikat”) „egymás után”, „egymás mellé helyezve” térbelileg elrendezve megjelenítik önéletírásaikban.

Visszatérve *Cooper-re* (2003), a szerző tehát az *I*-ok és az *I – Me*-k közötti kapcsolatot párhuzamba állítja *Buber* (1958/1991) *I – Thou*, *I – It* attitűdjével. Előbbi esetén a másik személyhez az én (*I*) viszonyul, míg a másik esetben a másik személyt az én (*I*) tapasztalja. A másikkal való közvetlen és „valódi” találkozás csak az *I – Thou* kapcsolat esetén képzelhető el, mert az *I – It* kapcsolatnál az én (*I*) a másikhoz mint dologhoz, tárgyhoz, az „*it*-hez” viszonyul. *Cooper* (2003) ugyanezt a kapcsolatot írta le az intraperszonális dinamikában. Nála a dialogikus selfen belül kialakuló *I – I* kapcsolat megfelel a *Buber-i I – Thou* viszonyulásnak, míg az *I – Me* az *I – It* viszonyulásnak. Az *I – I* „pillanatai” a pszichológiai jól-létnek (well-beingnek) felel meg. Az *I – Me* és az *I – I* viszonyulások közötti különbség – *Buber* gondolatait felhasználva – leírhatók, mint a tárgyiasítás (it-ifying) versus humanizálás, fragmentáció versus egészlegesség, meghatározott versus szabad, a múlt vagy a jövő tapasztalata versus a jelen tapasztalata, általánosítás versus egyénítés, nonkonform versus konform, monológ versus dialogikus viszonyulásoknak.

A dialogikus szelf fogalma azért is fontos megközelítés, mert lehetővé teszi számomra, hogy a szelf-fogalmát széles értelemben használjam. Volt már szó a szelf pozicionálásáról, a különböző énrészek (*I* és *me*) közötti kapcsolatról, most ezt a perspektívát tovább szélesítem, jobban megnyitom: többféle ént helyezhetek el egy-egy kutatási anyag értelmezésénél.

Összefoglalva, tehát a szerző számos *hangon* kísérel megszólalni: az interjúalanyok, a kutatók, esetleg a meginterjúvált segítők hangján, de az idézett tudományos szerzőket is magáévá teszi, az ő hangjukat is a sajátjáévá teszi, hiszen nem akárkiket idéz, és az idézett szerzők műveiből is szelektál. Ugyanúgy szelektál, ahogy az interjúalanyok szövegeiből is! A disszertáció szövegei ellentétben állhatnak egymással, az egyes idézetek „vitatkozhatnak” egymással, a többféle olvasat révén nem feltétlenül fejezve ki a szerző szándékát. Két gondolatot idézek *Bahtyintól*, aki ugyan ezeket *Dosztojevszkij* polifonikus regényei nyomán írta le, de egy „polifonikus” kvalitatív írásra is igazak lehetnek: „Másfajta tudatokról gondolkozni – ez annyit jelent, hogy beszélni velük; máskülönben rögvest tárgyi oldalukat mutatják nekünk: elnémulnak, magukba zárulnak és merőben tárgyi alakzatokba dermednek” (*Bahtyin*, 2001, 89.o.). És a következő megjegyzés: „(*Dosztojevszkij*) világa középpontjában nem a megismerő és ítélkező ’én’ világhoz való viszonyát, hanem a különböző megismerő és ítélkező ’én’-ek (kiemelés – RJ) egymás közti kölcsönviszonyának a problémáját helyezte” (127.o.). Úgy tűnik tehát, hogy a kvalitatív kutatások eredményeinek közlésére szolgáló

polifónikus elbeszélésmód lenne a kívánatos; hogy ezt ebben a disszertációban mennyire sikerült megvalósítani, majd a bírálók és az olvasók döntenek el!

Célkitűzések

A disszertációban a következő célokat tűztem ki:

- Az injekciós droghasználat narratív szempontú leírása és értelmezése: vajon az ellentétes hatású heroin és amfetamin mennyire hasonló vagy különböző narratíva-típust hoz létre?
 - Az injekciós droghasználat *szereplőinek és eszközeinek azonosítása*: az injekciós tű és a drog mint *nemhumán* ágensek (a Latour-i értelemben) fogalmi bővítésével.
- Az interjúalany és az interjúkészítő között folyó diskurzus értelmezése; az interjú mint közös konstrukció feltevésével;
 - A kvalitatív kutatások *szerzőiségének* kérdése az injekciós droghasználókkal folytatott interjúk alapján: a szerző énjének szerepe a kutatásban (a szelfpluralisztikus elméletek alapján).
- Az injekciós droghasználók *szcénái és útvonalai*: a szubkultúra és a drogos karrier fogalmak újraértelmezése.
- Milyen szerepe van az injekciós droghasználók esetében az *egyéni döntésnek, választásnak és felelősségnek*? Az injekciós droghasználók *ágenciája* és az ágencia tagadása;
 - *Kíváncsiság* az injekciós droghasználat kialakulása magyarázatában.
- A fertőző betegségekkel kapcsolatos magatartások azonosítása a Rhodes-i *kockázati környezet* fogalomrendszerében;
 - A kockázati magatartások szituáció- és társas kapcsolatfüggése;
 - Az alacsony magyarországi HIV fertőzöttség okai: a kelet-európai kockázati környezettel való összevetés;
 - Az *ártalomcsökkentő intervenciók* és a rendőrség „tűpolitikájának” szerepe az injekciós kockázati magatartásokban.
- Injekciós droghasználók *felépülésének* hatása az én-fogalmukra: a szerhasználó énjének szerepe a felépülésben (a szelfpluralisztikus elméletek alapján).

Az egyes pontokhoz tartozó magyarázatokat részben a tudományos háttér felvázolásánál, részben a tapasztalatokkal foglalkozó egyes fejezeteknél fejtem ki.

Kutatási módszerek

A kutatás alanyai

A kvalitatív kutatások során éltünk azokkal a lehetőségekkel, amiket ez az irányzat kínál: félig-strukturált interjúkkal, kulcsszemélyekkel végzett interjúkkal megfigyeléssel, résztvevő megfigyeléssel, dokumentumelemzéssel stb. Ezekről egy-egy konkrét vizsgálat kapcsán említést is teszek. Most csak arra a módszer-csokorra hívom fel a figyelmet, ahogy a legtöbb esetben az interjúalanyainkat megtaláltuk. A *klasszikus hólabda módszerek* a rejtett droghasználói csoportok felkutatásában Magyarországon nem vagy igen kevésbé hatékonyak (Elekes Zsuzsának hasonló tapasztalatai vannak, lásd Elekes 1997). A droghasználók nem bíznak a kérdezőkben, vagy ha ők meg is bíznak bennük, a barátaik – azaz a hólabda tagjai – már nem. A *networking technikák*, amikor egy-egy interjúalany baráti-ismerettségi körén belül vagy azon keresztül érjük el az interjúalanyokat, már hatékonyabb módszerek. A hólabda és a networking között a fő különbség, hogy az adott „kiindulási” személytől nem neveket/elérhetőségeket kérünk, hanem vele együtt, rajta keresztül vesszük fel a kapcsolatot az ismerőseivel. A személyes kapcsolatoknak itt sokkal nagyobb szerep jut, mint a hólabda esetében. A *Drogok és Drogfüggőség Európai Megfigyelő Központja* (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: EMCDDA*) is foglalkozik ilyen elérési technikákkal (Fountain és mtsai 2000), valamint a *Nemzeti Drogabúzus Intézete* (*National Institute on Drug Abuse: NIDA*, Lambert, Ashery és Needle, 1995) is. Egy-egy interjú, ami az interjúalany számára is „érdekes”, ad valamit érzelmileg, megkönnyíti a további kapcsolatokat. A *privilegizált hozzáférés* (Griffiths és mtsai 1993) során olyan interjúkészítőket keresünk, akik már rendelkeznek olyan kapcsolatokkal, ami a célcsoportok elérését megkönnyíti, vagy már magukkal a célcsoport tagjaival rendelkeznek ilyen kapcsolatokkal. Griffiths és munkatársai (1993) négy kritériumot fogalmaznak meg:

1. már meglevő kontaktusok a tanulmányozandó szcéna tagjaival: például olyan segítők, akik túsere-programban vagy más, alacsony-küszöbű szolgálatnál dolgoznak, jó hozzáféréssel rendelkeznek klienseiken keresztül akár kezelésben vagy segítő szolgáltatásban nem részesülő droghasználókhoz is;

2. olyan személyes tulajdonságokkal vagy élettapasztalatokkal rendelkeznek, melyek révén nem fenyegetők a célcsoport tagjai számára: például korábban injekciós droghasználók rendelkeznek olyan tapasztalatokkal, hogyan lehet ezt a szcénát megközelíteni, hol és hogyan lehet interjút készíteni;
3. az interjúkészítés tekintetében olyan társas és kutatói készségekkel rendelkeznek, hogy el tudják készíteni az interjút, továbbá viszonylag stabil életkörülményekkel rendelkeznek: utóbbi abban a vizsgálatban volt fontos szempont, amikor utcai, kezelésben nem részesülő injekciós droghasználókkal készítettünk interjúkat, és az interjúkészítők egy része maga is korábban injekciós használó volt. Itt folyamatos szupervízióra és kapcsolattartásra volt szükség, hogy a „csábítás”, a visszaesés első jeleit észrevegyük, és ebben az esetben az interjúkészítőket kiemeljük a vizsgálatból;
4. az interjúkészítés és a célcsoporttal való kapcsolattartás nem veszélyeztető számukra: lásd az előző ponttal kapcsolatban írottakat! A szupervízió ellenére a kiegészítés jelenségével más interjúkészítőknél is találkoztunk. Valóban megterhelő egy arra egyébként nem képzett – pl. egyetemista – interjúkészítőnek „lepusztult” sorsok soráról hallani; az interjúalanyok időkezelése is egészen más, ami azt jelenti, hogy a megbeszélte időpontokra sokszor nem jönnek el vagy több órással késéssel; akit ajánlanak, azzal nem lehet végül interjút készíteni stb. Az interjúalanyok egy része a rendőrséggel és a többségi társadalommal szembeni érzelmeit az interjúkészítőre vetíti, ami szintén megnehezíti utóbbi helyzetét – még akkor is, ha megérti a folyamatot.

A nehézségek ellenére, úgy találtam, hogy a *networking*, a *megfigyelés* (és a megfigyelési idő alatt szerzett kapcsolatok) és a *privilegizált hozzáférés* ötvözte bizonyult a leghatékonyabb módszernek az interjúalanyok elérésében.

A mintába kerülés kritériuma az injekciós használat volt: az *utolsó 30 napban* legalább egy alkalommal (ez alól csak egy, jelenleg absztinens nő jelentett kivételt, akit élettörténete miatt – prostituált – válogattam be a személyek közé). A disszertációban 89 interjúval foglalkozom, ezek közül 76 interjú Budapesten, 13 Pécsen készült. Az interjúkra utcákon, kávézókban, ambuláns és kórházi kezelőhelyeken került sor, utóbbi esetekben kezelést kereső injekciós droghasználókkal: tehát a jelentkezés/befekvés utáni 1–3 napban, mielőtt a tényleges terápia elkezdődött volna (kivizsgálási fázis). Az interjú-

alanyok egy további része pedig budapesti tűcsere-programok állandó vagy időleges kliensei, illetve ezek baráti társasága közül (*networking*) került ki. Az interjúalanyok életkora 17–30 év között mozgott, jellemzően 22–25 évesek voltak, 59 férfi és 30 nő volt közöttük. Az interjúkészítés és az elkészült interjúk közül az elemzett interjúk kiválasztása a „*lehorgonyzott*” elméletnek (*Grounded Theory* [Glaser és Strauss, 1967] megfelelően történt). Hangsúlyozom, hogy a kvalitatív kutatásaim során az interjúk képezték a legfontosabb, de nem az egyetlen információforrást a tanulmányozandó jelenséggel – az injekciós droghasználattal – kapcsolatban. A megfigyeléseknek, a terepen készült feljegyzéseknek, az interjúkészítők megjegyzéseinek és feljegyzéseinek legalább ilyen fontos szerepe volt (lásd a memóirással kapcsolatos részt!), noha ezeket szisztematikus elemzésnek (esetemben: kódolásnak) nem vettem alá.

A disszertációban csak megemlítem azokat a kutatásokat, melyeket nem injekciós droghasználók körében végeztem: elsősorban marihuána-használókkal és ún. partidrogok használóival készítettünk interjúkat ugyanebben az időszakban, hasonló elvek és módszerek alapján, mintegy 50 fővel. A disszertációban néhány ponton említem azokat a tulajdonságokat, melyek injekciós droghasználókra találtam érvényesnek, különösen a nem-injekciós használókkal való összevetésben, pl. a kíváncsiság vagy az ágencia témakörénél (Rácz, 2006a). Hasonlóképpen, az injekciós droghasználókkal végzett kutatás egyfajta tükörképe a sokszor hasonló publikus szcénákban élő, társadalmilag „leszakadó” csoportok tagjai, akik közül mintegy 110 fővel készítettünk interjút (Rácz, 2007). Ezek az interjúk is élesebbé tették az injekciós droghasználóknál megjelenő egyes tulajdonságok kontúrjait.

Az interjúkészítők

Az interjúkészítők a legtöbb esetben olyan szociológus és szociális munkás hallgatók vagy végzett szakemberek voltak, akik megfelelő „hozzáférréssel” rendelkeztek egy-egy célcsoporthoz, vagy ezt a „hozzáférrést” viszonylag könnyen ki tudták alakítani (pl. kezelőhelyeken vagy alacsony-küszöbű intézményekben dolgoztak). Egy-egy kutatásban volt vagy jelenlegi droghasználókkal is dolgoztunk, illetve olyan interjúvolókkal, akik az adott szcéná tagjai voltak.

Az interjúkészítők 10, 20 vagy 30 órás *felkészítő tréningen* vettek részt, ahol a megkeresés, kapcsolatfelvétel és az interjúzás kérdéseivel foglalkoztunk. Témaként szerepelt a személyessé váló kapcsolatok kezelése, illetve, hogyan mondjunk nemet az ilyen igényeknek; a privilegizált hozzáférésnél személyes ismerősökkel készítendő interjúkról van szó, de ezt a közeli barátokra nem célszerű kiterjeszteni. Az interjúzás időszakát is *formális szupervíziós* alkalmak, illetve *informális kapcsolattartás* kísérte; itt az interjúkészítők, illetve a terepen dolgozók elmondhatták és feldolgozhatták kezdeti frusztrációjukat (nincs interjúalany, nem fogadja be őket a célzott szcéná), a személyessé váló kapcsolatokat (kapcsolatok elmélyülése, az ilyen helyzetek kezelése), az interjúkészítés vagy megfigyelés mint munka és a célcsoport tagjaival való kapcsolattartás mint személyes bevonódás, személyes projekt közötti feszültség átdolgozását. Az ilyen háttértámogatások esetében sokban támaszkodhattam a *Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia* munkatársaira.

A kutatások menete, adatvédelem

A könyvben bemutatott kvalitatív kutatások kezdetén, 2000 körül, még nem volt kötelező az intézményi etikai bizottsági jóváhagyás (*Institutional Review Board*). Ez ma is csak orvostudományi kutatásoknál szükséges. Ezek a kvalitatív kutatások nem orvosi kutatások. Az egyes kutatásoknál a *MTA Pszichológiai Kutatóintézet Tudományetikai Bizottsága* adott ki hozzájárulást. Az interjúalanyokat írásban tájékoztattuk a kutatás előnyeiről és kockázatairól, és ők írásban járultak hozzá a részvételhez (a felvilágosításon alapuló beleegyező nyilatkozat aláírása történhetett becenévvel is). Az első időszakban 18 év alattiak is bekerültek az interjúalanyok közé, majd jogi-etikai megfontolásokból később őket kihagytuk a kutatásból (a szülői beleegyezés lehetetlensége miatt); azt azonban nem tudtuk ellenőrizni, hogy például egy tizenhét éves tizenhét éves mondta magát. Személyes adatokat nem rögzítettünk, ha beceneveket, telefonszámokat meg is adtak az interjúalanyok, azokat legkésőbb a kutatás (adatfelvétel) végeztével töröltük. Az adatok kezelése az interjúkészítők felelőssége volt (tehát „központilag” nem gyűjtöttünk ilyen adatokat), akik adatvédelmi oktatásban részesültek, és ezzel kapcsolatban nyilatkoztak is (a tudomásukra jutott személyes adatok megsemmisítéséről).

Az interjúalanyok kiválasztása és az interjúk feldolgozása

Az interjúalanyok kiválasztásánál és az interjúk kódolásánál (már ahol ezt a módszert választottuk) elsősorban a *Grounded Theoryt*, a *lehorgonyzott-elméletet* alkalmaztuk (Glaser és Strauss 1967, Strauss 1987). Például, injekciós droghasználók kockázati magatartásai vizsgálata során ez azt jelentette, hogy a kockázati magatartások jellegzetesnek vélt előfordulási helyszínei, illetve személyei irányában történt a mintaválasztás, majd a későbbi „*teoretikus mintaválasztás*” és az interjúk elemzésre való kiválasztása. Ha újabb szempont (az elmélet megfogalmazása szerint: „hipotézis”) merült fel, akkor bizonyos irányban újabb interjúalanyokat kerestünk (például leszakadó, peremen levő droghasználók). A kiválasztás alapja – és ez az elemezett interjúk számát is meghatározta – a „*teoretikus szaturáció*” elve volt; azaz addig folyt az interjúzás, majd az elemzés, amíg az interjúalanyok, illetve a kialakult kódok még hozzáadtak valamilyen szempontot a kutatáshoz, illetve a kódok még magyarázó erővel bírtak. Amikor már lényeges új információ nem mutatkozott (elértük a teoretikus szaturációt), befejeztük az interjúk felvételét, illetve a további kódolást és az interjúk elemzését (lásd a módszerrel kapcsolatban: Strauss, 1987). A kvalitatív kutatások sajátosságai miatt nem várhatunk olyan jellegű adatokat, hogy a kockázati magatartások hány százalékban fordulnak elő az injekciós droghasználók körében (ez még a minta esetében sem válaszolható meg). A teoretikus mintavétel miatt – tehát a mintavétel a kockázati magatartásokat mutató személyek irányában „eltolódott” – a kockázati magatartások jobban kiemelkednek a többi magatartásforma közül. A kvalitatív kutatások „érvényességének” másik mértéke – a hivatkozott elmélet szerint – a teoretikus denzitás: a különböző kategóriák és kódok egymás között kialakuló sűrű kapcsolata. Minél nagyobb denzitású egy leírás, feltehetően annál jobban írják le a kategóriák és kódok a vizsgált jelenséget (lásd Strauss, 1987).

A *lehorgonyzott-elmélet* jórészt – de nem kizárólagosan – a szimbolikus interakcionizmusra vagy a konstruktivizmusra épít. Lényege, hogy a kutató folyamatos kapcsolatot tart a tereppel: az adatgyűjtés nem egy fázisban zajlik, hanem az adatok nyomán előálló új „hipotézisek” miatt – mint az előzőekben is láttuk –, visszamegy a terepre, és a „*teoretikus mintavétel*” szerint újabb adatokat gyűjt. Tehát nincs szó véletlenszerű adatgyűjtésről, sőt, ellenkezőleg! A véletlenszerűségnek vagy a reprezentatív mintavételnek – a legtöbb kvalitatív kutatás esetén – az alapvető ismérvei sincsenek meg: nem ismert a mintavétel alapjául szolgáló sokaság nagysága, alapvető szociodemográfiai összetevői stb.

A *lehorgonyzott-elmélet* következő lépése az adatok *kódolása*. A kódolás szoros kapcsolatban áll a mintavétellel: ha a kódolás során új „hipotézis” bukkan fel, amiről a már meglevő adatok keveset mondanak, akkor vissza kell menni a terepre, és ott e hipotézis által vezetve, újabb mintát venni (interjút készíteni [Glaser 1978, 1996, 1998]). Ez az oda-visszaút magára a kódolásra is igaz: ahogy a kódolással haladunk előre, egy-egy új kód kapcsán vissza kell térnünk a korábbi kódjainkhoz, és felül kell vizsgálnunk azokat: valóban érvényesek-e, nem kell-e összevonni bizonyos kódokat, illetve egy kódot inkább többre bontani? *Charmaz* (2000) a kódolási folyamatot úgy írja le, hogy kérdéseket teszünk fel az adatainknak. Az adatok ilyen kérdezése folyamatosan alakítja azok interpretációját. Amit az elmélet szerzői is hangsúlyoznak, az az elméleti építkezés már a legkorábbi fázisban: azaz akár a tényleges kutatás (terepmunka) előtt. Már akkor lehet a szakirodalomban, de akár a szépirodalomban, saját tapasztalatokban tájékozódni, és kérdéseket, hipotéziseket megfogalmazni (a hipotézis mindig, mint kutatási kérdés szerepel, tehát a nullhipotézis és más, a kvantitatív kutatásokból ismert megfogalmazások nem értelmezhetők). Ezekre már lehet, hogy még a terepkutatás előtt válasz kapunk – akkor nyilván ezeket kell megerősíteni vagy cáfolni –, másokra pedig csak a terepkutatás, illetve a kódolás során. Tehát mindig van egy elméletünk, ami vezeti a munkát, akár adatgyűjtésről, akár kódolásról van szó. A kutatás során nem különíthető el adatgyűjtés, feldolgozás és interpretáció stádiumokra, mert ezek egymást átszövik. A kódolás az elmélet klasszikus megfogalmazása szerint sorról sorra történő kódolást feltételez. Jelentős szerepe van az összehasonlításnak; ez a kódgenerálás fő eszköze: egyéneket, ugyanattól az egyéntől származó adatokat, eseményeket, kategóriákat hasonlíthatunk össze. Az összehasonlítás mellett megjelenik a *dimenzionálás* egy adott kontinuum mentén. Ennek technikai kiegészítője az *axiális kódolás*: egy kategóriát alkategóriákra bontunk; abban az irányban haladunk, mi építhet fel egy kategóriát, vagy fordítva: mivé bomlik le egy kategória, ha elkezdjük dimenziókra bontani, például a kockázat súlyossága, előfordulása mentén. Az injekciós kockázat, mint kód, így felbontható az injekciós tűvel, a drog elkészítésére szolgáló kanállal, a drog összekeverésére való fecskendővel kapcsolatos kódokra – csak az eszközök szintjén maradva. A *szelektív vagy fókuszált kódolás* során egy-egy kódkategóriát bontunk apróbb részletekre: pl. a kanállal kapcsolatos műveletekre. Ilyenkor feltesszük – a kutatás végeessége miatt is –, hogy ez a legfontosabb kódunk, itt van a kutatás lényege, tehát a következőkben erre – illetve az ezt alkotó (al)kódokra – koncentrálunk. A *kódcsaládok* alkotása során összetartozó kódokat vonunk össze egy nagyobb elméleti egységbe. A kutatás

kérdése dönti el, hogy aztán a sok kód közül melyiket használjuk egy-egy vizsgálat – vizsgálati kérdés, hipotézis – bemutatására.

A *lehorgonyzott-elmélet* másik sajátossága a memóírás. Memót a kutatás bármelyik fázisában írhatunk; mint az előzőekben is láttuk, a kutatás már a terepre kerülés előtt jóval elkezdődik. A szakirodalmi jegyzeteinket, papírfecnikre írt gondolatainkat, ötleteinket mind memóknak tekinthetjük. Ugyanez történik az interjúkészítésnél is: rögzítjük, hogyan értük el az interjúalanyt, hol és hogyan került sor az interjúra, milyen benyomás alakult ki az interjúalanyról bennünk (ezek az interjúzás standard feljegyzései), de itt rögzíthetjük, ha egy „hipotézis” fogalmazódik meg bennünk az interjú során; aztán ezt a hipotézist a kutatás későbbi fázisában elemezzük (kódolás, visszatérés a terepre kiegészítő adatgyűjtésre stb.). Végül, a kódolás során is bátran élhetünk a memózással: szövegrészeket, kódokat jelölhetünk meg, kódokat magyarázhatunk meg, olyan szövegrészeket is kiemelhetünk, amiket valamiért nem kódolunk, de fontosnak tartjuk őket. Valójában, a kutatás legfontosabb része a memóírás: a memókban kezd kirajzolódni az „elmélet”.

A *lehorgonyzott-elméletet* manapság számos kritika éri (Charmaz 2000). Szemére vetik – mármint az egyik alapító, Glaser szemére –, hogy túlságosan is pozitivista, az adatokat „objektívnek” tekinti, az objektivitás, az adatok egyezése a „valósággal” pusztán kutatási kérdés: ha sokszor megyünk vissza a terepre (lásd teoretikus mintavétel) és kellő „ideig” kódolunk (lásd teoretikus denzitás), akkor ezek a kérdések megoldódnak. Charmaz (2000) éppen ezek miatt a kritikai észrevételek miatt – melyek az elméletet alapjaiban rázzák meg – a *konstruktivista* átfogalmazást javasolja. Nem elégedhetünk meg azzal, amit a kutató lát, hanem a vizsgálati személyek rejtett hiedelmeit, jelenség-értelmezéseit is tekintetbe kell venni, mint ahogy a kutatónak is meg kell vizsgálnia saját magát, ő milyen jelentéseket visz bele „önkéntelenül” is a kutatási anyagba, akár pl. a kódolás során. A konstrukcionista az érdeklő, valaminek mi a jelentése, és nem az, mi az igazság. Ez a megközelítés megmarad a kutatás publikálásakor is: az író nem onnipotens, mindent tudó tudós, hanem – ahogy Charmaz (2000) fogalmaz – történetmesélő, aki történetét hihető karakterekkel mondja el, bevonva az olvasót is a szöveg jelentésadási folyamatába. Ugyanakkor, mint lehetőség szerint letisztult fogalmakban gondolkodó kutató, megmarad a *lehorgonyzott-elmélet* játéktérében. Mindez persze egy cseppet sem új; de a lehorgonyzott elmélet értelmezési és felhasználási tartományában újnak számít.

A pénz szerepe

Az interjúalanyok 2–3000 forintot kaptak az interjúkért, pontosabban, és ezt a különbséget hangsúlyoztuk is, nem az interjúért, hanem azért az *időért*, amit az interjú jelentett. Ennek önmagában is erős motiváló hatása volt, de az csak néhányszor fordult elő (de előfordult!), hogy egy-egy interjúalany kétszer is jelentkezett interjúra a pénz miatt. Az is világos volt, hogy az injekciós használók a pénzen drogot vesznek. Etikailag felmerülhet, hogy ezzel az interjúalanyok droghasználatát segítettük elő, azonban ha nem kapnak pénzt, akkor is vesznek azon a napon is (az interjú feltételezett napján is) drogot; vagy ha készül velük interjú, még nagyobb idői szorításban lesznek, hogy pénzhez és droghoz jussanak, ami miatt esetleg inkább fognak bűncselekményt elkövetni, mert már nem lesz idejük a legális/féllegális pénzszerző lehetőségeik végigjárásához.

Az interjúk felépítése

A mcadamsi *élettörténeti interjú* (<http://www.sesp.northwestern.edu/foley/research/>) volt az a váz, amire az interjútervek épültek. Az egyes kutatásokban az általános élettörténeti perspektívából elkészített interjúvázlat egészítettük ki a téma szempontjából releváns részekkel: pl. injekciós droghasználóknál az injekciós és a szexuális magatartások részletes kérdésével. Igyekeztem felhasználni az életútkutatásoknak a kutatás számára releváns hazai vonatkozásait is (Pataki, 2001, Váriné Szilágyi, 2006). Több esetben a kvalitatív interjút egy adatlap egészítette ki, amit az interjúalannal közösen töltöttünk ki; az adatlap a szociodemográfiai adatokon túl a droghasználat részletezését tartalmazta (különös tekintettel az elmúlt 30 nap, az elmúlt 48 és 24 óra droghasználatára). A mcadamsi élettörténet interjú felépítése:

1. Fejezetek az élettörténetben:

Az élettörténet fejezetekre, elkülönülő részekre oszlik, vannak benne jó és rossz időszakok, magas és mélypontok. Látszólag elvont kérdés, mégis, az a tapasztalatunk, hogy az interjúalanyok megértették, mit jelent a „fejezet”, hány részre, fejezetre tudná osztani az életét.

2. Kritikus jelenségek:

Térben és időben jól megkülönböztethető jelenségek:

- Csúcsélmények
- Mélypontok
- Fordulópontok
- Legkorábbi emlékek: esetünkben az első pszichoaktív-szerhasználat, az első illegális drog-, illetve az első injekciós használat élménye.
- (Fontos gyermekkori szcénák)
- (Fontos serdülőkori szcénák)
- (Fontos felnőttkori szcénák)
- Más fontos szcénák: esetünkben az elmúlt időszak legjobb és legrosszabb drogos élményének elmesélése.

3. Kihívások:

Az élettörténetben előforduló legnagyobb kihívások.

4. Az élettörténetet befolyásoló pozitív vagy negatív hatások
5. Történetek és az élettörténet
6. Az élettörténet és alternatív jövőképek
7. Egyéni ideológia
8. Az élettörténet középponti témája

Az Atlas.ti program

A számítógépes, kvalitatív adatfeldolgozást segítő szoftver⁵ alapvetően a *lehorgonyzott elméletre* épít (Muhr, 1997). Ez elsősorban a kódolási lehetőségeire igaz, de a memóírás funkció is ilyen, vagy a kódokat kódcsaládokba vonó lehetőség is (azzal a különbséggel, hogy az elméletben a kódcsalád tagjai között hierarchikus kapcsolatok is lehetnek). Tehát az interjút „betöltjük” az Atlas.ti-be (ún. *Primary Document*), majd egyes szövegrészek kijelölésével elkezdünk memókat vagy kódokat azokhoz hozzárendelni. A fejünkben azért ekkor már van egy rendszer – „elmélet” –, hogy mit is akarunk vizsgálni, merre haladjon a kódolás. Különböző funkciók könnyítik meg a kódolás folyamatát, például az *autocoding* vagy a már használt, listán levő kódokból történő választás. Ilyen „könnyítő” eszköz a kódokat vagy az interjút „családokba” rendező és más szűrő funkció, vagy a *network-editor* funkció, amikor pl. a kódokat – vagy egy kódcsaládot – összefüggéseivel együtt mutatunk be (ezek az összefüggések lehetnek kódok, idézetek, az összefüggés típusa: oksági, együttjárásos

⁵ ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH Berlin, 5.0 verzió, 2005

kapcsolat stb.). Az így kapott *networköt* is szerkeszthetjük, áttekinthetőbbé tehetjük. A *Query Tool* funkcióval kódok és kódcsaládok számszerű *együttjárását* (*cooccurring codes*) kaphatjuk meg, kiválasztott interjúk vonatkozásában, de ez a funkció a kódok közötti összetettebb kapcsolatok keresésére is alkalmas (és, vagy, nem, különböző sorrendű, egymást követő vagy bennefoglaló együttjárások stb.). A programnak különböző *kimeneti funkciói* vannak: az egyes – kiválasztott vagy éppen összevont – kódokhoz tartozó idézetek kigyűjtése, a kódok együttes előfordulásainak gyűjtése, különböző módon meghatározott interjúrészek kimentése, amiket újra „betölthetünk” a programba, és a következő elemzést már ezen a szövegen végezzük el. A programot elsősorban a kockázati magatartásokkal és az ágenciával kapcsolatos kutatásban használtam.

Az interjúk feldolgozás fókuszpontjai

A disszertációban az injekciós használókkal készített interjúk néhány speciális témaköreit használtam fel:

1. Az injekciós droghasználók életútja, a drogos karrier értelmezhetősége – lásd a mcadams-i életút felépítését!
2. Az injekciós használók és az epidemiológiailag definiált kockázati magatartások (a vérrel terjedő vírusok szempontjából kockázati magatartások, mint a közös tű- és eszközhasználat):

ezek az interjúk az első drog- és első injekciós használatra kérdeztek, majd az injekciózásra használt anyaggal kapcsolatban kitértek a vásárlásra, a drogdat elkészítésére, annak elosztására, mind a technikai, mind pedig arra az oldalára vonatkozóan, hogy abban kik és milyen minőségben vettek részt. Az interjúk során foglalkoztunk a közös eszközhasználat (direkt és indirekt megosztás), ennek pszichoszociális jellemzőivel, a túladagolás kérdésével, a használt tűkkel kapcsolatos gyakorlattal, a hepatitisz C fertőzéssel kapcsolatos stratégiákkal, a tűcsere- vagy más alacsony küszöbű programokban való részvétellel;

3. Az injekciós droghasználók ágenciája:

A mcadamsi ágenciafelfogás és kódolási rendszer

A következőkben McAdams nyomán (<http://www.sesp.northwestern.edu/foley/research/>) azokat a jellegzetességeket vizsgáljuk – elsősorban az ágencia kapcsán – amelyek a jellemzők mellett az ágencia kódolására is alkalmasak, és amiket fel is használtunk a kódolásnál.

1. *Önuralom (self-mastery): SM*

A történet protagonistája eredményesen uralja, befolyásolja (*master*), kontrollálja, nagyobbítja vagy védi az énjét. Erőltetett vagy hatékony tevékenységeken, gondolatokon vagy tapasztalatokon keresztül, a protagonista képes megerősíteni szelfjét, amivel nagyobb, bölcsőbb és erőteljesebb, hatalmasabb ágenssé válik a világban. Gyakran jár együtt ezzel az érzéssel egy drámai belátás a protagonista élete értelmébe.

2. *Státusz/Győzelem (victory): SV*

A protagonista egy magasabb státuszt vagy presztízst ér el társai között, azon keresztül, hogy különös figyelemben vagy elismerésben részesül, győz egy küzdelemben vagy egy versengésben. A következmény a státusz vagy a győzelem, amit másokkal szemben elért. Az SV-nek mindig van egy interperszonális és implicit módon egy versengéses kontextusa. Tipikusan, az adott személy „győz”. Az SV mindig magában foglalja ennek az elismerését, valamilyen következményét (amiről az előbb volt szó), pusztán az, hogy tette a dolgát, jó eredményt szerzett vagy sikeresen elérte a célját, nem elég az SV kódolásához.

3. *Teljesítmény/Felelősség (achievement/responsibility): AR*

Az egyén jelentős sikerről számol be egy feladat, munka, instrumentális cél elérésében, vagy az ezekkel kapcsolatos előrehaladásban, illetve fontos felelősség magára vételében. A protagonista büszke, magabiztos, mesteri, tökéletes vagy sikeres abban, hogy (1) jelentős kihívásokkal találkozott vagy fontos akadályokat küzdött le vagy (2) másokkal kapcsolatban felelősséget érzett vagy olyan szerepet tölt be, ami megköveteli, hogy másokkal kapcsolatban felelős legyen. Mindezek valamilyen szintéren játszódnak le: iskolában vagy a munkahelyen, ritkábban személyes közegben, mint amilyenek a spirituális vagy a romantikus célok. Nem „győzelmet” jelentenek – mint az elsőnél –, hanem a protagonista rá van kényszerítve, hogy bizonyos dolgokat megtegyen, a kiválóság belső vagy külső standardjait teljesítse. Ebben az értelemben a teljesítmény-motivációnak felel meg.

4. *Empowerment: EM*

Az egyén – átvitt értelemben – megnövekedett, kiteljesedett, hatalommal ruházódott fel, képessé vált, felépült, jobb teljesítményt nyújt valakivel vagy valakikkel történő kapcsolat révén, aki vagy ami nála nagyobb vagy hatalmasabb. A hatalommal felruházó erő általában (1) az isten, a természet, a kozmosz, vagy valamilyen nagyobb erő megtestesülése; (2) nagyhatású tanár, mentor, lelkész, terapeuta, szülő, nagyszülő vagy más autoritás-figura, aki jelentős segítséget adott vagy vezette az egyént.

A kommunion témái

Ezekkel csak rövidebben foglalkozom: 1. Szerelem/szeretet/barátság; 2. Dialógus (reciprok és nem-instrumentális kommunikáció vagy dialógus megtapasztalása); 3. Gondoskodás/segítség; 4. Egység/Együttesség élménye.

Az *élettörténeti interjú* azért fontos, mert *McAdams* felfogásában az ágencia az élettörténeti interjúban mutatkozik meg, méghozzá a speciálisan elkészített interjúban: a speciális itt az interjú felépítésére vonatkozik. A kutatásaink esetében a *mcadamsi* élettörténeti interjúból indultunk ki, és folytattuk azt valamilyen speciális téma irányába (a drogfogyasztással összefüggésben).

4. A kíváncsiság jelensége: az interjúalany és az interjúkészítő megfogalmazásainak értelmezése; különös tekintettel a *kíváncsi* szó szóalakjaira.
5. Injekciós droghasználók felépülése: ebben az esetben nem saját interjúkat használtam, hanem felépült injekciós droghasználók publikus önéletrészeit elemeztem (a *Sárkányos Lány*, a *Kővirág* és *Amszterdami Lacika* történeteinek alapján).

A szerzőiség pozicionálása

A disszertáció alapját képező kutatásokra többféle keretben került sor, ezeket a megfelelő helyen jelezni is fogom: ugyanis nem mindegy, hogy a kutató (az interjúkat készítő vagy a megfigyeléseket végző szakember) egyetemi hallgató vagy éppen segítőfoglalkozású szakember. Ezek a tényezők mind befolyásolhatták a terepen végzett munkát és az interjúk elkészítését. A kvalitatív kutatások alapvető szemléletéhez tartozik, hogy a kutató nem tud „objektív”, kívülálló megfigyelő maradni, valamilyen módon ő maga is a terep részévé válik, vagy ha az interjúra gondolunk, a kutató is részese az interjú során kibontakozó diskurzusnak.

Tágon fogalmazva, a kutató is ugyanahhoz a kultúrához tartozik, mint az interjúalanyok, illetve azok szövegei (Pléh, 1986). Tehát, ha meghatározott háttérrel érkeznek a kutató a terepre, és ott meghatározott szerepekbe kerül – a terepen a kutatás során kialakuló interperszonális (és majd látjuk, intraperszonális) viszonyokhoz képest –, az nem „hiba”, nem torzítás. Legalábbis akkor nem, ha ezeket a viszonyokat a kutató felismeri és reflektál rájuk, és tapasztalatai értelmezésekor figyelembe veszi azokat.

Előzőek fényében a szerzőnek pozicionálnia kell magát a kutatások és a disszertáció viszonylatában is. A *pozicionálás* kifejezését Harré és van Langenhove (1999) nyomán használom; a szerzők szerint a pozicionálás a mindennapi nyelvhasználatból származtatott elmélet, mely a beszéd és a tettek állandóan változó helyi morális rendjét, közelebbről a beszélőnek a diskurzusban elfoglalt „pozícióját”, pozícióit jelenti. Ez a pozíció mindig relacionális, azaz – alapesetben – a másik beszélő pozícióját is kijelöli, illetve egymás pozícióit a két beszélő közötti egyezkedés tárgyává teszi. Jelen esetben a reciproknak pozíciót az olvasó is elfoglalhatja. A pozicionálás elméleti keretét hasznosnak tartom a terepkutatások „a kutató – a terep egy szereplője” viszony egyfajta leírására.

Már ez a viszony is: „én pozicionálok a disszertáció szerzőjét” egy látszólag megkettőződött viszonyra utal, hiszen az „én” is, és a disszertáció szerzője is „én” vagyok, de nyilvánvalóan a két én egymástól megkülönböztethető. Az egy személyiségen belül feltételezett ének leírására Mead (1934) – Jamesre (1890) visszanyúló – cselekvő én (*I*) és felépített én (*me*) fogalompárosát, a későbbiekben pedig a Hermans és munkatársai által leírt szelf-pluralisztikus elméleteket fogom alkalmazni (Hermans, 2001ab, 2003). Most elég annyit feltételezni, hogy a különféle szerzői „pozícióknak” különféle ének feleltethetők meg (és viszont). Az disszertációban elkülöníthető két pozíció: egyszer egyes szám első személyben beszélek magamról (én), máskor viszont harmadik személyben (a szerző, „me”). A *narratív perspektíva* ilyen változtatása László (2005) szerint kapcsolódik a különböző tudatállapotokhoz, az elbeszélő értékelő nézőpontjához, valamint én-reflexiójához. Pólya (2004) *visszatekintő narratívának* nevezi azt, ha az elbeszélői nézőpont az elbeszélés helyzetéhez, a tartalma pedig az elbeszélte eseményekhez kapcsolódik. Ugyanakkor arra is figyelni kell, amire Ehmann (2004) figyelmeztet: az elbeszélte történetek időstruktúrájára, és ebből az olvasóra nehezedő potenciális nyomásra.

A befogadói, némileg alárendelődő pozíció mintegy előrevetíti a szerző tereppel kapcsolatos beállítódását: befogadni, megérteni és értelmezni a történeteket, és nem pl. meghódítani, birtokolni, legyőzni. Utóbbi kutatói pozíció jogosultságát nem vitatom, pusztán én más kiindulópontot választottam. Az „én” és „a szerző” (*I* és *me*) közötti perspektíva-váltások tükrözhetik a szerző reflexív beállítódását, de kapcsolatba hozhatók az értékelő nézőponttal, és az ehhez a kognitív állapothoz tartozó „tudatállapot-változással”. Hiszen szó esik a későbbiekben intézményi kényszerekről, adottságokról, amiket a szerző nemhogy uralni, adott esetben befolyásolni sem volt képes. Könnyebb tehát ezekről egyes szám, harmadik személyben, mint első személyben szólni. Így lehetőség van arra is – megint más fogalomrendszerben mozogva –, hogy a „szerzőtől” az „elbeszélői én” távolságot tartson (némileg a Goffman-i értelemben). Van, amikor a „szerző” helyett mások beszélnek, vagy éppen a leírt események elsodorják a szerzői jelenlétet. Olyan is van, amikor ez a jelenlét – szándékaim szerint - erőteljesebb. A „szerzőt” (a szerzői ént) azonban egy tudományos disszertációban nem foszthatom meg teljesen a szerzőiségétől: ha megtenném, előttünk állna az elbeszélői én „meztelensége”. Ez a meztelenség, ha a „*Meztelen ebéd*” című *Burroughs* könyvre gondolunk, akkor egy valamelyest bejáratott metafora (pontosabban, anti-metafora, McConnell, 1967, ahol minden, ami „társadalmi”, eltűnik).

Az elbeszélői én és a szerző mellett más énpozíciókkal (a Hermans-i értelemben vett énekkel) is találkozunk. Csak jelzésszerűen felsorolom a különböző intézményi pozícióim: hol oktató, hol kutató, hol segítő, hol intézményvezető, hol tudományos tanácsadó vagyok, ha a finomabb bontásoktól most el is tekintünk (kollega, barát, témavezető stb.). Mindezeknek az énpozícióknak, persze, megvan a maguk párja: a hallgató, a munkatárs, a beosztott, a kutatás alanya stb., és akkor az olvasó vélelmezett pozicionálásáról még nem is esett szó. Egy-egy kutatási epizód – több más nézőpont mellett - ezek fényében lesz majd értelmezhető. A disszertáció tárgya ugyanis önmagában ellentmondásos, ha a droghasználatot övező társadalmi vélekedésektől most el is tekintek. Maga a fogalom, a pszichoaktív-szer, a drog, a görög „*pharmakon*”, mint *Derrida* (1981) megjegyzi, egyszerre jelenti a mérget és az antidótumot: az éltető és a pusztító szubsztanciát, amit egyfelől „beveszünk” és asszimilálunk, másfelől amit exkrementálunk, és amitől szabadulni vágyunk, mert különben – szimbolikus - halálunkat okozná.

A szerzői perspektíva-váltásoknak az hangsúlyozása, ha másra nem is, de arra jó, hogy rámutasson, nem egy stabil (kutatói, szerzői) én vizsgál instabil éneket (droghasználókat és

egyéb deviánsnak mondott személyeket), hanem maga is „instabil”, mivel stabilitás ebben az értelemben nem létezik: mindannyian a „*folyékony modernitásban*” (Bauman, 1998a) próbálunk stabilnak látszó pozíciókat találni. Vagy az értelmezés felől közelítve, Iser (2004) idézem: „Az életet nem lehet belesűríteni egy jellemzőjébe sem, mivel alapvetően nem reprezentálható, és csak az értelmezés elcsúszó alakzatainak folyamataként fogható fel” (160.o.). A disszertációban ezeket az „*elcsúszó alakzatokat*” próbálom bemutatni. A dolog természetéből adódóan, ezek az „alakzatok” mindig éppen a teljes megértés előtt csúsznak ki a kezemből, ha egyáltalán „teljes” megértés a társadalomtudományokban lehetséges. Mint arra Iser és mások is rámutatnak, a megismerés éppen a *megismerés aktusában* érhető tetten, a megismerés során keletkezik; attól elvonatkoztatva nem tételezhető.

Kolonizáló diskurzusok

Mielőtt a disszertáció főbb témaköreit felsorolnám, érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy a „kutatás tárgyát” is pozicionálom („droghasználók”), ezzel pedig egy egész drogdiskurzust hozok létre: a drogról szóló történetekkel és beszéddel kolonizálom az egyébként nagyobb hangsúlyú és az előtérben felmerülő társadalmi problémákat (kirekesztés, szegénység, alkohol-használat, serdülőkori problémák, társadalmi kérdések medikalizációja és kriminalizációja, stb.). A drogproblémák *figuraként* kiválnak és láthatóvá válnak a társadalmi problémák *hátterén*, melyek a drogproblémákon mint nagyítólencsén keresztül még inkább láthatókká válnak. Ha perspektívát váltok, akkor a drogproblémák képezik a háttért, melyen kirajzolódnak a társadalmi problémák: esetleg olyanok is, melyekről egyébként tudomást sem vennénk, amelyek egyszerűen beleolvadnak a mindennapi világgal kapcsolatos *commonsense-be*, létük meg sem kérdőjeleződik. A drogproblémák sajátos nagyító-, vagy fókuszáló szerepe speciális politikai-társadalmi helyzetükből adódik. Érdemes ezt a tényt szem előtt tartani; ha erről elfeledkeznénk, a drogproblémák – mint a túl közel levő tárgyak esetében szokott történni – óriásiakká növekednének és elfednék látómezőnk más részeit.

A disszertáció stílusa

A kvalitatív kutatások elméleti hátterének, majd a kapott eredmények értelmezésénél tapasztalataim szerint a figuratív nyelvi elemeket (is) tartalmazó megközelítések különösen jól használhatók. Az ilyen elméletek szemléletessége, ugyanakkor pontosan nem definiált

(*fuzzy*⁶) volta alkalmas(abb) a kutatás tervezésére és az interjúk, megfigyelések értelmezésére, mint a hagyományosabb, szigorúbb nyelvezetű elméletek. Persze, ezek nem kerülhetők meg; egy elmélet „jóságát” nem a megfogalmazás módja határozza meg. Ugyanakkor a figuratív elemekben bővelkedő leírások (pl. Bauman fogalmai, a folyékony modernitás, Bahtyin kronotoposza, és szerző/hős felfogása, a szcena, az „út/útvonal” kifejezések a drogos karrier helyett, a liminális és küszöb helyzetek stb.) jobban útjára engedik a kutatásban résztvevők – és a kutatói beszámolók olvasóinak – fantáziáját. Az előbb emlegetett, tudományos szempontból talán alacsonyabb státuszú, „*fuzzy*” fogalmakkal viszont a jelenségek plasztikusabban ábrázolhatók. Kvalitatív kutatásoknál javasolják az aktív, egyes szám, első személyű alany használatát, más tudományos közlemények ettől eltérő „semleges”, passzív szerkezetű nyelvezete helyett (Denzin és Lincoln, 2000). Végül, nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy éppen az ábrázolás, akár az esztétikai megjelenítés is, milyen fontos szerepet kap a tanulmányozott csoportokkal és életstílusokkal kapcsolatban; nyilván, ennek a kutatás értelmezésére vonatkozóan is vannak esztétikai konzekvenciái (illetve: kellene, hogy legyenek).

⁶ A Zadeh-i fuzzy-elmélet értelemben, lásd még Matt és mtsai, 2003.

Tapasztalatok

Droghasználat – drogalítások

A droghatások narratívái

Elképzelhetjük, hogy a drogok pszichofarmakológiai hatása egyfajta csontváz, amire a droghatás komplex biopszichoszocio- és kulturális élménye, illetve annak narratívája épül. Szokás a drog hatását egy hármas tényezőrendszer eredőjének tartani: a *drog* (pszichofarmakológiai hatása), a *személy* (az egyén személyisége és elvárásai) és a *körülmények* (a környezet reakciója, kondicionáló ingerei, elvárásai, a droghasználathoz kapcsolódó szociokulturális elvárások) hármasából alakul ki a hatás (pl. Zinberg, 2005). Úgy tűnik, minél erősebb egy szer, annál kevésbé lehet az akut hatásról *beszélni* – az akut hatás inkább egy szomatikus érzéskomplexumnak tűnik –, a hatásról szóló narratívumok ezeknél a szereknél (heroin, kokain, részben az amfetaminok) inkább a hosszú távú hatásokhoz kapcsolódnak: a függőség kialakulása, a tolerancia és az azzal való „játék”, az elvonás és annak menedzselése, a drog iránti sóvárgás rövid és hosszú távú narratívái; tartósan a drog hatása alatt lenni (órákig, napokig) szemben a „tisztá” állapotokkal. A pár perces akut hatást elmesélni a hatással párhuzamosan nem lehet; arra visszaemlékezni lehet ugyan, de az emlékezéssel járó érzelmi-kognitív folyamatokkal együtt: pl. összehasonlítás korábbi hatásokkal, más szerekekkel stb.

Érdeemes ismét idézni *Bahtyin* gondolatait az irodalmi műről, a szerző és a hős viszonyáról, egyáltalán, az eddig használt kifejezéssel, a *narratíva létrejötte* az irodalmi műben. Ez már közel van a mostani vizsgálódásaimhoz. *Bahtyin* a *kronotoposz* fogalmát használja többször is, de pontos definíciót nem ad a fogalomra; a tér-idő egységét akarja – Einsteinre hivatkozva – megfogalmazni vele, amit különböző műfajok tanulmányozása során tapasztalt. Beszél „*kaland*”, „*idill*”, „*folklór*” és „*Bildungsroman*” kronotoposzokról (Bahtyin, 1986, 2001, 2004; lásd még: Keunen 2002). A kronotoposzban egy sajátos cselekményszövés, pontosabban annak egy darabja, egy „időhurok”, egy adott időben és adott térben nyilvánul meg. Keunen (2002) megjegyzi, hogy ezek a tulajdonságok nem pusztán a szöveg jellemzői,

hanem „mentális egységek” melyek a mű írásának és olvasásának egységét adják. *Bahtyin* kronotoposz fogalma nagyon szemléletes, és többféle interpretáció számára nyitott, részben a definiálatlansága miatt, részben azonban éppen azért, mert nagyon komplex narratív – narrációs folyamatokat akar megragadni. Úgy tűnik számomra, hogy az – elsősorban az engem érdeklő - pszichológia és szociológia felől közelítő Bahtyin-interpretátorok (pl. Keunen, 2002, Murray, 1995, Tappan, 1999, Rankin, 2002, Hicks, 2000, Jones, 2003, Bocsarov, 2004) messze nem értenek egyet e fogalom mibenlétét illetően.

Egy értelmezést azonban kitüntetett módon kezelek, ez pedig *Thomka Beáta* (2001) felfogása. A szerző *Jan* vagy *Hubert van Eyck* nyomán készült *Keresztvitel* című festményének narratív képelemzése kapcsán – is – foglalkozik a kronotoposszal. Meghatározása szerint „a cselekvés térbeli és időbeli meghatározottságát művészi egységbesűrítő kategória, a kronotoposz itt maga az út mint centrális elem, az elbeszélés tere, a cselekvés vonatkozásában pedig az *útonlét*: Jézus az úton van, metaforikus értelemvonatkozásban, Jézus maga az út...E viszonyok narratív hermeneutikai vonatkozásai közül a folyamat és pillanat, mozgás és szemvillanásnyi szünet vagy megállított pillanat, kezdőpont, középpont, végpont összefüggéseit érintem” (i.m. 99-100. o.).

Amiért ez a felfogás megragadott, annak a „trükknek” a felismerése, hogy a legtöbb interpretátor a kronotoposzt vagy egy téridő pillanatnak, vagy egy időben és térben zajló folyamatnak fogja fel: *Thomka* (2001) meghatározása ezt a két modalitást egyszerre ragadja meg és tulajdonít neki metaforikus – ha tetszik, a szövegen túli, valójában nagyon is a szövegben rejlő – jelentőséget. Az *útonlét* egyszerűen felfogott értelmezéséből így lesz „kronotoposz”: *Jézus az úton van, azaz, Jézus maga az út*. Ezzel *Thomka* (2001) a szerzőt és az olvasót (ebben az esetben a kép olvasóját) is beemeli a jelentésképződésbe, ami *Bahtyin* szándékait feltehetően messzemenően visszaadja.

Bahtyin (2004) bevezeti a *műfaj* (*szűzsé, genre*) fogalmát, ami alatt azt érti, hogy az emberi tudatosság különböző műfajtypusokkal rendelkezik, amivel a világot szemléli és fogalmaival megragadja. A művész feladata, hogy megtanulja a műfaji típusokon keresztül szemlélni a világot. A kronotoposz és a szűzsé sokszor szinonimaként szerepel *Bahtyinnál*, máskor a szűzséhez rendel több kronotoposzt is. A kronotoposz az, ahol az író és az olvasó találkozik a szöveggel, a szűzsé inkább a szerzőhöz kötődő fogalom; a szerző világlátását és világbemutatását tükrözi. A kronotoposzban nemcsak egy bizonyos hős útját látjuk, hanem

ezzel az „úttal” együtt a hős és világa is változik (mint Thomka példájánál); a kettő nem is különíthető el, és mindehhez, persze, kell egy író és egy szerző: a szöveg önmagában semmi. Tehát, azt mondhatjuk, hogy bizonyos tereknek sajátos belső narratív logikájuk van. Például, a *kaland* kronotoposzában, ahol átlépjük a valóság határait, az egyén (a hős) személyisége nem változik, de öntudatossága folyamatosan fejlődik. Murray (1995) szerint a kronotoposz az, ahol „valami történik”: kapukra és kerítésekre van szükségünk ahhoz, hogy ezt a valamit elválasszuk a „normál” világunktól. A jelentés térbeli felfogása – ami Bahtyin egyik kedvelt fogalma, amit fontosabbnak tart a jelentés időbeli szerveződésénél – lehetővé teszi, hogy arról is beszéljünk, ami a kerítés *túlsó oldalán* van. Megelőlegezhetjük, hogy a pszichoaktív szer okozta élmény hagyományosan úgy tételődik, mint ami „odaát” van, noha tudjuk, hogy a hermeneutikai megismerésben semmi sincs „odaát”. (Bahtyin én felfogásáról, és annak a téri szerveződéséről szó volt a dialogikus én kapcsán.)

A *pszichoaktív szerekre* visszatérve, a szerekek hatásának kronotoposz fogalmával történő megközelítése elsőként arra hívja fel a figyelmünket, hogy a szerhasználatot ne önmagában, hanem a használat tér-időbeli viszonyai között vizsgáljuk – eddig ebben túl sok új nincs. De a megközelítés arra a lehetőségre is felhívja a figyelmet, hogy a szerhatás – és annak elbeszélése –, valójában a kettőt nem is lehet elválasztani, tehát a hatás bizonyos narratív-struktúrákat (szűzséket) követ: megint odajutunk, hogy a tartalom nem elsőrendű, fontosabb az élmény szerkezete, lefolyása, lefutása. Például, a *fles* hirtelen felfutó, majd hirtelen eső – narratív – szerkezetét minden injekciós használó észleli, de a tartalmát (mit érzett akkor?) már nagyon különbözően meséli el, ha egyáltalán tudnak róla mesélni. Az injekciós droghasználat – flessek, rövid és hosszú távú droghatások, elvonási tünetek, droghasználat – az élvezetek és a szenvedések, az egyéni élmények és a társadalmi – jobb szó híján – reakciók, az interjúalany és az interjúkészítő párbeszéde, az olvasó jelentéstulajdonítása nyomán válik *kronotoposszá*. A felsorolt események „transzgrediálják” (Bahtyin [2004] visszatérő kifejezése) a droghasználó konkrét tapasztalatát és életútját, az interjúkészítő és az olvasó jelentéstulajdonítását, egy *esztétikai aktus* történik, mely „a világ új értéksíkján teremti meg a létet, és új ember, valamint új értékkontextus születik majd – az emberi világról szóló gondolkodás új síkján” (Bahtyin 2004: 291.).

Most csak azt veszem számba, hogy a drogok hatása milyen lefutást, narratív-szerveződést követhet. Néhány példát hozok fel arra vonatkozóan, hogy milyen szerkezetű történeteket különböztethetünk meg – részben a kronotoposz fogalmából kiindulva!

Jordens és Little (2004) részben Bahtyin hatását is felhasználva, műfajelméletükben ötféle *történet-típust* különböztettek meg, mindegyik különböző célt és struktúrát mutatott:

1. az *újra elbeszélés (recount)* a vártnak megfelelően tálalja az eseményeket;
2. a *narratív portré* egy frusztrált protagonistát mutat be, aki azért küzd, hogy a megbomlott egyensúlyt helyreállítsa;
3. a *példabeszédben* morális értékelést közvetítünk;
4. az *anekdotában* közös reakcióban osztozunk a hallgatósággal;
5. a *megfigyelésben* pedig személyes választ adunk egy dologra vagy eseményre.

Ezeket a történet-szerkezeteket – azért látjuk, nem pusztán „szerkezetéről” van szó, hanem az elbeszélő céljáról, a hallgatóság reakciójáról (és akkor használhatjuk Bahtyin szerző és hős fogalmait) – elképzelhetjük szerhasználói környezetben is. Beszélhetünk a következő típusokról is:

1. *újrabelbeszélés*: a szerhasználó az elvártak megfelelően beszéli el a drogos élményeit: majd látni fogjuk, hogy ez főleg felépült droghasználók esetében van így, akik a felépülés során újraserkesztik drogos élményeiket, és immár „drogos pokolról” és hasonló, a többségi társadalom által elvárt, és a többségi társadalom értékei és normái által „igazolt” élményekről beszélnek;
2. *narratív portré*: ilyet is sokat látunk majd leginkább abban a stádiumban, amikor a szerhasználó – pszichiátriai értelemben függő – megpróbálja kontrollálni a szerhasználatát; Bateson (1971) *kibernetikus szelfnek* nevezi ezt az én-élményt;
3. *példabeszéd*: felépült droghasználók gyakran a szó szoros értelmében példabeszédet mondanak tapasztalataikról prevenció célzattal;
4. *anekdota*: az interjúkban az interjúkészítőt a szerhasználó egy közös drogos élménybe próbálja bevonni; elsősorban marihuána-használók élnek ezzel a „műfajjal”; injekciós használók már kevésbé direkttek, nem a drogos élményt adják elő „anekdotikusan”, hanem annak – látszólagos – kiváltó körülményeit vagy következményeit, ami „mindenivel megeshet”; tehát rögtön az ágencia kerülésére, az ágenciával való játékra is példa lehet ez a műfaj (itt nem az ágencia tagadására gondolok, az inkább az 1. vagy a 3. típusba tartozik);

5. *megfigyelés*: sokszor a szerhasználók igyekeznek „objektív” beszámolót adni egy-egy drogos élményről – nemritkán összezavarva hallgatóságukat, annyira „pontos” a leírás (a „pontosság” már inkább az 1. ponthoz tartozik: azt érezzük „pontosnak”, aki az elvárásaink szerint beszél a droghatásról). Többször – talán a hiposzimbolizáció miatt is – nem az élményről, hanem pl. az injekciózás körülményeiről adnak rendkívül részletes leírást.

A hosszú távú droghatás kronotoposzáinak megalkotásakor figyelembe kell venni, hogy a krónikus – vagy függő – használó számára a droghatás alatt lenni a „normális”; ha nincs drog, elvonási tünetek, sóvárgás alakul ki, csupa rossz érzés. Ennek megfelelően a droghatás alatt érzi az egyén szabadnak, függetlennek magát, az elvonás alatt pedig a drognak kiszolgáltatottnak. A pszichoaktív szerek az agyi jutalmazó-megerősítő rendszeren keresztül hatnak, feltehetően – végső folyamatként – a dopaminrendszer aktiválásával. Az elvonás és a sóvárgás – úgy tűnik – más utakat is működésbe hoz. Tehát a drogok hatása az újbóli alkalmazás során mindig ugyanaz, ha a hatás erőssége változik is (a tolerancia vagy a szenzitizáció miatt). Ez a *repetitív* jelleg a drogkereső magatartáshoz, a drog alkalmazásához és a hatás átéléséhez vezet, közeli rokonságban áll a *kényszeres* magatartásokkal. E folyamatok sztereotíp ismétlődése a *bizonytalanság* redukciójában jelentős szerepet játszhat: ugyan mindig vannak különbségek – sem a drog mennyisége, sem a környezet, sem maga a droghasználó nem ugyanaz –, de alapvetően a droghasználat kiszámítható, egyforma. Ennyiben a *kaland kronotoposzára* emlékeztet. Nehezebben kiszámítható és időben is többféle lefutást mutathat az elvonás és a sóvárgás jelensége, de egy régóta szerhasználónál nagy újdonságok itt sem várhatók. A kényszeres droghasználattal – mert ekkor már erről beszélhetünk – az *idő* a drog alkalmazásával tagolhatóvá válik, a *tér* a drogkeresés és használat terére szűkül be, a *tevékenységek* pedig sztereotíp módon ismétlődnek. A kényszeres droghasználó nagyobb rendezetlenséget, bizonytalanságot tapasztal maga körül, inkább a *káoszban*, vagy annak „közelében” él – részben ezt droghasználatával létre is hozza, lásd például a dílerrel vagy a rendőrséggel kapcsolatos kiszámíthatatlanságokat -, és erre fokozott „rendteremtéssel”, határhúzással, küszöbállítással válaszol, azaz kényszeres droghasználattal. Ide idézhetem Katz (1988) *csábítás elméletét*, azt a folyamatot, ahogy egy-egy „deviancia” a káosz csökkentésén keresztül vonzóvá válik a cselekvő számára.

Falconer (1998) Bahtyin időkezelését alapul véve, pontosabban abból kiindulva, négyféle *narratív idői struktúrát* feltételez:

1. a jelen egy másik idő kezdete vagy vége;
2. a jelen meg van fosztva múltjától;
3. a valós időt mint különlegeset érezzük, mintha egy másik univerzumban történnének a megtörténő dolgok;
4. többszörös jelen: paralel világok – több jelen párhuzamossága.

Ehhez a felsoroláshoz vehetjük még *Ehmann (2004) időstruktúra mintázatait* is:

1. lineárisan lehorgonyzott epizód: „koherens”, kronológiát követő elbeszélés;
2. időhurok típusú epizód: a lineáris időszövés időben visszakanyarodik, majd egy hurkot leírva halad tovább;
3. tagadáshoz, örök időhöz horgonyzott epizód, és a
4. bizonytalansághoz horgonyzott epizód. Utóbbi kettőről mondja Ehmann, hogy a „mindig”, „soha”, „bármikor” nyelvi markerekkel jellemezhetők;
5. zárvány típusú epizódok: stílári jellemzője az „és akkor” kifejezés halmozódása.

Ebben a rendszerben valójában mindegyik időfelfogás *megfosztja a „hőst”*, hogy húsvér valójában élje az életét. *Falconer (1998)* a jelenidő ilyen kitüntetett helyzetét, és ugyanakkor ilyen „megfertőzött”, elrontott jellegét a jelent előtérbe állító fogyasztói társadalommal hozza összefüggésbe. Droghasználóknál ilyen „torz” jelenekkel, ilyen speciális jelen szerkezetű narratívákkal találkozunk:

1. *a jelen mint határvonal*: a liminális tapasztalat címszó alatt – ha csak az idői dimenziót nézzük – ilyen történetekkel találkozunk;
2. *múlt nélküli jelen*: ha csak a *fles* jelenére gondolunk, vagy a heroinhasználók „folytonos” jelenére az anyag megszerzésével és alkalmazásával: nincs múlt, ahonnan a történetek elindultak;
3. *a valós idő mint különleges*: a szó szerinti értelemben is gyakori droghasználói tapasztalat; ami velem történik („realitás”), az egy másik bolygón játszódik, én nem is itt vagyok (de vagyok –létezem!);
4. *többszörös jelen*: a paralel világokat megint egy tágabb összefüggésbe állíthatjuk: például az alkalmi amfetamin injektálók szcénája és mindennapi világa (iskola,

munkahely) egymástól független párhuzamos világokat hoz létre a droghasználó életében.

Ehmann (2004) időstruktúra mintázataira példák:

1. *lineáris*: a leggyakrabban ezt látjuk; mondhatjuk, alapeset – nem jellemző a droghasználókra, pontosabban bárkinél előfordulhat; Ehmann (2004) szerint ezek közé tartoznak a fedősztorik, homlokratinterjúk – az egyén megfelelni igyekszik a társadalmi többséget megjelenítő interjúkészítőnek (csak megjegyezzük, az interjúkészítő más szerepben is lehet, mint arra majd kitérek);
2. *időhurok*: felépült droghasználók önéletírásaiban találkozunk ezzel, amikor egy-egy esemény leírása kedvéért az elbeszélő visszakanyarodik: ezzel is az adott esemény jelentőségét akarja hangsúlyozni, pl. a drogra való rászokásban vagy a leszokásban; még pontosabban, az elbeszélő ezeket a jelentős *fordulópontokat*, ezek előzményét vagy következményét, mintegy megmagyarázza egy-egy ilyen kanyarral; máskor, a felépülő droghasználó egy-egy visszaesés után újrakezdi a drogmentes életet: a visszaesés gyakran mint időhurok jelenik meg az elbeszélésben, ami a „törtetlen” (lásd 1. típus) narratívát megszakítja;
3. *tagadás, örök idő, bizonytalanság*: az ágens kérdésénél látunk erre példákat; az ágens tagadásának különböző esetei tartoznak ide (lásd még véletlen, sors stb.);
4. *zárvány*: sokszor egy-egy drogos élmény (pl. LSD trip), egyszeri kipróbálás, ilyen; az elbeszélő nem tudja, nem akarja integrálni az élete sztorijába. A *káoszsnarratíva* esetében (lásd *Amszterdami Lacika* története) ilyen zárványok sorozatával találkozunk.

Drogalitások

A *drogalitás*, a „perszonalitás” mintájára képzett szó, ezt a kifejezést fogom a következőkben használni egy-egy drog hatásának leírására, Moore nyomán. Moore (2004a) Latour „Actor Network elméletéből” fejlesztette ki a *drogalitás* fogalmát. A drogoknak számos tulajdonsága van: pszichofarmakológiai jellemzője, kulturális jelentése, másképp kriminalizálják a használatukat, más terápiát alkalmaznak a használóival kapcsolatban, és más a tömegkommunikációs imázsuk. A kifejezés ezt a sokrétűséget, valamint a drog percepciójának a történelem (gyakorlatilag a 19–21. század) folyamán bekövetkező jelentésváltozását mutatja meg.

Heroin

Használják rá a *barna*, a *nyalóka*, a *nyalcsi*⁷, a *hernyó* szavakat és az ezekből képzett „becézett” kisebbítő képzővel ellátott szóformákat. Első benyomásunk, hogy nem szép, főleg nem kedves szavak ezek. A „nyalcsi”, „nyalóka” kifejezéseknek olyan funkciója is volt, hogy a kívülálló ne tudja, miről beszélgetnek a heroin-használók, illetve, amikor a dílerrel telefonon egyezkedtek, ezt a – vagy egy hasonló, értelmetlen – szót használták a rendőri lehallgatások ellen. A szerrel kapcsolatos *ambivalens* érzések elég gyakoriak a szerhasználóknál, de ennél tovább léphetünk, a becézés és a megvetést kifejező szavak különböző én-pozíciók viszonyulását fejezhetik ki, ugyanannál a személynél, ugyanahhoz az anyaghoz. Pszichopatológiai értelemben beszélhetünk hasításról is, aminek az eltérő elnevezések mintegy a kifejezői (jó és rossz). A hatalom és az én vonatkozásában – a pszichopatológia fogalomrendszerét elhagyva – láthatjuk a droghasználót, amint kontrollálni igyekszik a szerhasználatot, vagy éppen a kontroll feladását is. Beszélhetünk *aszketikus* és esztétikus *szabályozásról* – szabályozásra való törekvésről –, ahol a kettő nem egymást kiegészíti, de nem is ellentétes egymással; az egyik elnevezés, vagy az egyik szer esetében inkább az egyik, a másikon inkább a másik típussal találkozunk (lásd Bunton [2001] elemzését).

I: Akkor tudod, hogy mit jelent az, hogy nyalcsi, pulcsi...

K: Van, aki kazettát mond, van, aki... érted, tehát ezért...

I: A kazettát én főre szoktam hallani. Vagy nem tudom, van, aki azt mondja, hogy hozzá ki egy kis mókát. Van, aki azt mondja, hogy nincsen motyóm. Van, aki azt mondja, hogy hozz egy kiló almát. De én azt mondom a heroinra, hogy kellene egy pulcsi. És akkor az emberem tudni fogja, hogy miről van szó, mert a heroin olyan, hogy ha mínusz tíz fokban szúrod be magadat, akkor sem fogsz fázni. Adott a dolog.
1710

Interjúalanyaink is megkülönböztetik a heroint a többi kábítószerrel: akár negatív, akár pozitív értelemben. Nézzük a *negatív* kijelentéseket:

...iszonyú gusztustalan dolog ez a heroin. 1909

⁷ A szó feltehetően a régebben a heroin csomagolására használt „alumínium”, „alcsi” szavakból származik: Dzsánki Lacika és Dávid Ferenc szíves közlése.

...a heroin beteg...1508
a heroin a keresztem, azt cipeltem. 1519
...a heroin mindenre képes. 1513
A heroin meg csak lecsövesít. 1503
Rivotril, heroin egy gyilkos. 1522

A heroin *különbözik* minden más kábítószeredtől:

Mert a heroin, az teljesen más világ. 1518
...ami mérvadó, az tényleg csak a heroin. 1519
De a heroin, az egészen más. Olyankor inkább elvonulok, mert azt akarom, hogy ezt az egyet soha, de soha, de soha ne próbálja ki senki. Szóval én ettől óvom az embereket. Mindenkit. Még az ellenségemet is. Én tisztában vagyok azzal, hogy mit csinállok. Tisztában vagyok a következményével is. Csak úgy látszik, hogy nem tudom felgyorsítani a következményét. 1710

Pozitív kijelentések:

...ez adja az igazi élményét a szúrásnak, hogy azonnal kivált egy olyan örömezt, hogy jobb, mint egy százszoros orgazmus. 1905
...egy gyönyörű, barna oldat. 1517
...de a barnás kanalam, az nagyon szép. 7701
Hogyha a heroin már megvolt, akkor már minden megvolt. 1503
A nyalcsi az meg ilyen nyugaltság. 1712

A heroin okozta *függőségre* történő reflexiók:

...heroin, heroin hátán, végig-végig heroin. 1522
...akkor egyfolytában kattog az agy, hogy heroin kell, heroin kell, heroin kell. 1523
...én egy idegbeteg típus vagyok, hogyha heroin van a kezemben. 3305
A heroin elvonásnál nincs rosszabb. 1503

A heroin – de más drog esetében is – megváltozik a „*betegség*”, „*gyógyulás*” értelme, éppen az ellenkezőjére: akkor „*beteg*”, ha nem használ drogot és elvonása van és akkor „*gyógyul meg*”, ha újra drogot használ.

I: Hát utána egyre több anyag kell. Mindig növelni kell az adagot, mert az ember nagyon könnyen hozzászokik. Meg hát eleve hogyha jól akarja érezni magát, akkor úgy mondom többet kell használni ahhoz, mármint ahhoz, hogy ő meggyógyuljon. Sokkal többet. 1513

A *tömegkommunikáció* heroin-használó képe nagyjából azonos a dzsánkival: azaz, a lecsúszott, minden kontrollt elvesztő, a heroinnak kiszolgáltatott, mindenre képes használóval. És fordítva is (még inkább): a dzsánki, aki az út szélén fekszik, aki végében lövi be magát, az a heroinhasználó.

Nem feledkezhetünk meg azonban arról sem, mint ahogy erre az előző idézetek utalnak, a heroin nem mindenkinél a „kereszt”, amit cipelnie kell, hanem a boldogság és az öröm forrása, tehát egyéntől és kontextustól függő jelentése van. Mindemellett azonban, mint egy valódi személyiségnek, vannak olyan tulajdonságai, melyek még a droghasználók között is átívelnek az adott használói kontextusokon: valóságosan beszélhetünk a heroin drogátlításáról, ahogy a személyiség is másként és másként nyilvánul meg egy adott kontextusban, mégis megőrizve önazonosságát.

A heroin kapcsán tanúi lehetünk annak a folyamatnak is, hogy a társadalom által leginkább elítélt drog és droghasználati mód – az injekciós heroinhasználat – sok esetben éppen ellentétes értelmet nyer: a legnagyobb presztízzsel bír és a legkívánatosabb. Ugyanakkor a heroinhasználók nem kis része lényegében elfogadja a társadalom értékítéletét: *a heroin gyilkos*. Azonban azon továbbra is gondolkodhatunk, mit jelent felvenni a „harcot” egy ilyen gyilkossal: mi történik, ha én nyerek, és nem a heroin? Az interjúk azonban arra utalnak, hogy a heroinnal szemben nem – vagy alig – lehet harcolni, és az elbukás egyfelől biztos, másfelől – mivel egy irracionális hatalmúként percipált anyagról van szó – tragikus, a vereség és az elbukás után a hős méltó a neki kijáró tiszteletre. Az utolsó mondatot nem véletlenül fogalmaztam így; elsősorban heroinhasználóknál találkozunk a *tragédia* elemeivel: a sorssal, a végzettel szembeszálló hős törvénytörő bukásával, ami a szemlélődőben (gyakran a volt-heroinhasználókban is) katarzist vált ki: megmenekültem a bukástól vagy felülemelkedtem

rajta. Egy ilyen katartikus élményben lehet részünk, ha elolvassuk Csaba interjújának néhány részletét. Csaba volt-heroinhasználóként, felépült szenvedélybetegként egy terápiás intézménynél dolgozik segítőként:

„És akkor adott, és tulajdonképpen nekem az első kipróbálás, az egy ilyen hatalmas találkozás vagy *szerelem kezdete* volt az anyaggal. És onnantól viszonylag következetesen és gyorsan léptem az anyagozás útjára...

Tehát akkor már mindenkit lehúztam, már mindenkit átvertem, nem voltam egy jó fej, szórakoztató sem voltam...

...hanem *meg akarok halni*. De úgy, hogy túladagolásban, tehát az anyagozástól. Na és, akkor ennek szellemében éltem az utolsó félévemet...

Biztos tapasztalod te is, hogy minden drogos akkor akar leállni, amikor be van állva. Tehát senki nem elvonásban akar leállni. És akkor én is aznap épp le akartam állni. És akkor lementem Komlóra. És onnantól *a sorsomat igazából a közösség kezébe adtam*, ezt meg tudtam csinálni valamiért, mert nekem már nem sok erő tartalékomban volt. És *egyszerűen felfeküdtem arra a hullámra, amit ott a közösség biztosított*, és azon a hullámon megerősödtem, és így álltam le...

És egyszer csak azt vettem észre, hogy *én vagyok az az ember*, aki *képes vagyok arra*, hogy egy bizonyos ügy érdekében egységbe tudjam ezt a 14 embert kovácsolni, és egy színdarabban, egy születésnapra, mindenki békében egy előadást létrehozom. És ez nagyon hízelgett nekem, ez az érzés. *Magam sem tudtam, hogy honnan van bennem ez az erő...*

És így alakult ez, hogy kezdtem segítőtvé válni, vagy segítő fejjel gondolkodni...

Én *függő maradok*, az identitásomban. Szeretnék. Ehhez ragaszkodom, hogy az elsődleges identitásom, az függő. Szendélybeteg. És akkor erre aztán pakolódhat felőlem a szak [Csaba szociális munkás-képző főiskolára jár]. Jó, leszek egy szakember. De nem vagyok nagy véleménnyel a szakemberekről...”(kiemelések – R. J.)

Csaba a közösség erejével (ami több mint ő, nevezhetjük ezt spirituális élménynek, ahogy a *Névtelen Narkósok* teszik) leszokott a heroinról, sőt, segítő lett. Nem tagadja meg múltját (hogy függő volt), azonban ez a múlt átértelmeződik: a leszokás és a segítővé válás mérföldköveit látjuk elhelyezni a droghasználat utólagosan konstruált történetében. „*És onnantól a sorsomat igazából a közösség kezébe adtam*” „*honnan van bennem az erő*”, mondja Csaba, mintegy választóvonalat húzva drogos karrierje és kezdődő segítő karrierje közé. A választóvonal egyben az én-fogalmak változását is jelenti: a pusztán „függő vagyok” mellett megjelent egy komplex én-fogalom: a gyógyult függő és a segítő én-fogalma. Csaba most egyszerre *pozícionálja magát* függőnek, volt-függőnek és segítőnek, utóbbin belül sem eldöntve a professzionalitás mértékét. Feltételezve azt, hogy aki egyszer függő volt, az az is marad élete végéig, legfeljebb nem fogyaszt függőséget okozó pszichoaktív szert (cigarettát, alkoholt sem). Tehát a szer uralma még sok éves absztinencia után is megmarad.

A heroinfüggő tehát képes a „varázslatos” átváltozásra, amire egy nem-függő nem képes (hiszen nincs *miről* átváltoznia valamivé). A heroin ekkor is megőrzi különleges szerepét, hiszen az „átváltás” heroinhasználat esetén a legnehezebb és a legváratlanabb!

I: Nem tudom. Valamilyen szaga van a nyalcsinak. Így valahogy ezt a szagot érzem így az egész testemben. Így valahogy előnt, aztán... nem tudom.

K: Milyen szag? Így le tudod írni?

I: Nem. Nem. Nem tudom leírni.

K: És honnan indul ez a szagérzés a testedben?

I: Így a fejből és az embernek átmegy így a testén.

K: Van valami színe?

I: Nekem nincsen. Ha van, akkor is olyan szürke.

I: Nem tudom ezt így elmondani. Nem tudom. Valami műanyag. Valami műanyag.

K: Műanyag?

I: Aha.

K: Ami így folyik?

I: Aha. Ja.

K: És meddig tart ez az érzés?

I: Hát így négy-öt órát így elvan az ember tőle

K: Tehát négy-öt órán keresztül tart ez a fles érzés?

I: Ja, nem a fles. A fles az egy fél perc az egész.

K: És aztán mi váltja föl?

I: Utána ez az olyan állapot, hogy az ember... ilyen nyugaltság jön rá az emberre és nem érzek így semmit sem. 1713

Eddig a heroin injekciós használatáról volt szó; az utcai dzsánkik így használják a szert. Azonban más alkalmazása is ismert, más droghasználói körökben és más szcénákban: cigarettaiban elszívva (erre a legalkalmasabb a drágább „fehér heroin”), a gőzét beszívva (alumíniumfólián égetéssel elpárologtatva a szert: „fóliázás”), illetve ritkábban orra szippantva. Az injekciós használat ökonomikus: ami a fecskendőben van, az mind bemegy a vénába, így bekerül a szervezetbe, semmi nem megy „pocsékba”. Ezért kevesebb, illetve rosszabb minőségű anyag is jó az injekciós használatához. Másik „előnye” a használók szerint: a beadás utáni percekben tapasztalt „fles” érzés (hirtelen jelentkező, felfokozott eufória-érzés), ami más alkalmazásoknál kisebb mértékű. A heroin drogalitásához még egy megjegyzés kívánczik: mint arról volt szó, az injekciós használók nagyon sokszor nem tudják leírni, hogy milyen is a heroin hatása. Wurmser (1974) *hiposzimbolizációról, konkretizációról, szomatizációról* beszél: mindegyik kifejezés az elmondhatatlant (szó szerint) adja vissza. Néha az orgazmushoz hasonlítják, azonban többen megjegyezték az interjúalanyaink közül, hogy az orgazmushoz csak azért hasonlítják, mert már eleve így kérdezik tőlük („ugye, olyan mint az orgazmus, csak ezerszeres?”). Ilyenkor inkább igennel válaszolnak, mert szerintük egy nem-használó úgysem értheti meg a heroin hatását. A fles után gyakran a *sztondulás* következik be, amikor a használó kívülről úgy tűnik, hogy alszik vagy bóbiskol, a használók ezt egy biztonságot nyújtó burokkal körülvett jóérzéshez hasonlítják, amit – mármint az érzést – nehezen tudják leírni. Hallgatag, introvertált a heroin – mondhatjuk, ha a heroin drogalítására gondolunk. Láttuk, hogy mások ezt a hatást egy preverbális, re-szomatizált énfeloldási szintre történő regresszióval magyarázzák, amikor az egyén önmagával él át egy erős egységet, egyesülést, az egyébként jelenlevő pszichés dezorganizáció megszűnését; innen, hogy szavakkal nem lehet kifejezni (Wurmser, 1974; 1977; 1995; Khantzian, 1977; 1983, 1991; 1999; Khantzian és mtsai, 1974). Ebben a megközelítésben a heroin – a pszichés dezorganizációval és az agresszív késztetések megszüntetése által – öngyógyító szerepet töltene be.

Amfetamin

Használják a többek között a *gyors*, a *spuri*, a *szpíd* szavakat a szerre: mai rohanó világunkban, ahol a reklámok szerint is *rákattanunk* egyes cuccokra, *be-* vagy *felpörgünk* bizonyos termékektől, ezek a szavak jól csengenek, összhangban állnak a fogyasztás és a reklám követelte tempóval. A kilencvenes évek elején–közepén az egyik leghíresebb (hírhedtebb) diszkó a *Speed* nevet viselte. Az amfetaminnak nem is a veszélyesebb injekciós formája a gyakoribb Magyarországon, hanem a szervezetbe az orron keresztüli szippantással történő bevitele, ritkábban a tabletta formájában történő alkalmazás. Régebben megkülönböztették az amfetaminok „*vicsorgó*” hatást kiváltó tulajdonságát az Ecstasy „*vigyorgó*” hatásától. Már az öngyógyítás-elméletek (elsősorban Wurmser és Khantzian) is kiemelik az amfetaminok energetizáló, a depressziós érzéseket legyőző hatását.

Az amfetaminhoz inkább pozitív élmények társulnak – szemben az előbb bemutatott heroinnal –, ugyanakkor megjelenik az is, hogy bizonyos droghasználói körökben az amfetamin „egyszerű” (könnyen beszerezhető, könnyen elkészíthető, különösebb veszély nélküli) drog. A következő idézet az amfetaminhoz társuló pozitív élményeket sűríti össze az a szer illatába:

I: Először is illatra meg lehet mondani, mert az amfetaminnak van egy jellegzetes illata. Az az ilyen... Mihez hasonlítható? Egy virág illata. Jácintnak. Mint a jácint, olyan az illata. Arról lehet tudni, hogy jó. 1510

Könnyen hozzá lehet szokni és nagy mennyiségben lehet használni (könnyen kialakul a tolerancia):

„...gyorsat, és akkor utána egyre így rá voltam kattanva.” 1902

K: (...) akkor, amikor „csináltuk az elmúlt harminc napban” talán 120 szúrást jelöltél meg. Az azért nem kis piti! Főleg hogyha még a párod is csinálja.

I: Igen. csak ez annyiban változott – tudod? –, hogy a cucc minősége romlik, ezért több kell, többet is használsz és drágább is lesz. Amíg egyszer kerül 1500-be, utána kerül 2000-be, utána kell több. Annyiban változnak az anyagi körülmények is. 1510

Az energetizáló hatásról többen beszámolnak, ami a későbbiekben már nem olyan intenzív.

„K: Igen. Meg tudnád mondani, hogy hol érzed a flest először? Mikor éreztél utoljára flest?

I: Tisztázni kéne megint, hogy milyen nap van, és akkor talán tudnék rá válaszolni.

K: Csütörtök van, és 27-e.

I: 27-e van, akkor... akkor tegnap.

K: És hol érezted meg? Úgy helyileg?

I: Helyileg? Itt a tudómnél. Itt a lelkem tájékán, amikor *beadom*. És egyszer csak... akkor amfetamint szúrtam. És egyszer csak az energia, az adrenalin, *fölkúszik* az adrenalin az ember testén, és *kijön* a száján, és *ordítani tudna*. És egy pillanatra úgy *érzi*, hogy Jézusom, én rettenetesen erős *vagyok*, aztán ez *elmúlik*. És csak annyi marad, hogy nem vagy annyira fáradt, mint a többiek. Szóval engem már nem pörget szét. Én már megyek, és nem pörgöm. Nekem csak annyi, hogy akármennyire is fáradt a testem, én megyek négy-öt-hat napon keresztül, mert szúrom magam. Egyáltalán nem mondanám azt, hogy bárki is - kizárólag, aki drogos- megmondaná, hogy mi van. Tehát egy idegen nem veszi észre, hogy be vagyok löve. Csak aki szintén az, csak az ismeri fel a másikban.” 1710 (kiemelés: R. J.)

„Na most, akkor kattantam rá szerintem ezekre a dolgokra, amikor mit tudom én, a szpídtől előjött az őszinteségi roham. Soha nem voltam őszinte se magamhoz, se máshoz. Na most, akkor éreztem, hogy *ez kurva jó dolog, hogy az emberből így kijönnek a dolgok*. Ez szpíd nélkül nem ment. A fűtől szép volt a rét, meg minden, szebb, mint úgy magában. És így nekem nagyon bejöttek a dolgok. Meg akkor így írogattam is. És nagyon bejött az írásaimhoz. Ennyi volt.” 1908 (kiemelés: R. J.)

Csak megjegyzem, hogy az elbeszélő idői perspektívaváltása – lásd főleg a 1710-es interjú kiemelt részeit – szintén összefüggésben lehet a amfetamin okozta *élmény intenzitásával*: az interjúalanyok a jelenben is jelen időben beszélnek erről a múltbeli élményről.

„...emlékezetes szpíd-lökés.” 1517

„...szpíd, az megpörget állatira.” 1711

„A szpíd földob, a heroin lenyom.” 1505

„Jó, akkor még először csak szpídről volt szó.” 1701

„Hát jött egy ilyen spuri fles, így elérzékenyültem, ilyen boldog voltam, jól éreztem magam, sokat beszéltem, nevettem.” 1712

„Hát a szpíd az nagyon egyszerű.” 1522

Találkoztunk olyan fiataikorú – fiatal felnőtt – csoportokkal is, ahol az amfetamin használata általános volt a korai tizenéves életkortól; elmondásuk szerint a szerhasználat kiválóan illeszkedik az üzletelgető, seftelő, a városban jövőmenő, felpörgetett életstílusukhoz és megélhetési formájukhoz (itt a legalitás – illegalitás határán billegő seftelésre gondoltak).

Az amfetamin tehát „egyszerűbb”, mint a heroin („először *csak* szpídről volt szó” – kiemelés: R. J.), ha a drogálitására gondolunk, akkor beszédes, cserfés, extravertált tulajdonságokkal kell felruháznunk. A média specifikusan kevesebbet foglalkozik az injekciós amfetam-használattal – kevésbé érdekes, mint a heroin vagy a kokain, talán kevésbé érthető a hatása. Viszont, az amfetamin-csíkok felszívása már gyakori vizuális toposza mind a médiának, mind a filmiparnak!

Összegzés

Noha a heroin és az amfetamin pszichofarmakológiailag nagyon különböző hatású drog (előbbi ópiát, depresszáns hatásokkal, utóbbi pszichostimuláns), mégis, az interjúalanyok élettörténetében – a hosszú távú használóknál legalábbis – nagyon hasonló szerepet töltenek be; a velük való kapcsolat is hasonló. Az akut hatásban már különbségek figyelhetők meg (pl. a heroin fles), illetve az elvonási tünetek is eltérőek (amik elbeszélése szintén megjelenik az interjúkban). Úgy tűnik, az injekciós használat, a hosszú távú droghasználat és a szerhasználat szcénái és útvonalai felülírják az elbeszélésben a drogok – rövid távú – hatásait.

Az injekciós szcénák

A budapesti injekciós drogszcénák bemutatásakor egy pragmatikus módszert fogok követni: olyan szcénákról lesz szó, ahova valamilyen módon, a kvalitatív kutatásaink során eljutottunk. Persze, a kutatások színtér, illetve célcsoport választását az előzetes tudásunk befolyásolta, különböző forrásokból származó tapasztalataink és információink voltak arról, hogy egy-egy színtéren a droghasználat nagyobb mérvű, illetve valamilyen jellegzetes szempontból specifikus. Ezek az előzetes tudások származhattak személyes ismerettségekből, szakmai kapcsolatokból, és nem utolsó sorban a *Kék Ponttal* kapcsolatba kerülő kliensek elbeszéléseiből. Tehát a szcena vagy a célcsoportok kiválasztása nem jelenti azt, hogy kizárólag ezeken a színtereken folyik droghasználat, esetenként azt sem, hogy itt a droghasználat különösen nagy mérvű vagy különleges lenne, hanem csak azt, hogy ezekről rendelkezünk információkkal, vagy ezekhez a színterekhez rendelkezünk kapcsolatokkal (pl. az emlegetett *privilegizált hozzáféréssel*). Látni fogjuk, hogy a szcena az ott megforduló fiatalok életének csak egy – kisebb vagy nagyobb részét – tölti ki, illetve, ha célcsoportokban gondolkodunk, akkor a célcsoportok többféle szcénában is megfordulnak: van, ahol jellemző a droghasználat és van, ahol nem.

Az *injekciós droghasználó* kifejezés jellemzően egy epidemiológiailag konstruált szóösszetétel. Az injekciózás okozta veszélyekre, a HIV vagy a hepatitisz vírussal, esetenként más fertőző ágens átadásával kapcsolatos kockázati magatartásokat emeli a diskurzus középpontjába, illetve a célcsoport nevét is ennek megfelelően választja meg. Valójában, az injekciós droghasználók többféle szcena tagjai is lehetnek, és jellegzetes szcénáik sem homogének. Szembeötlő a különbség az utcán élő, az utcán (nyilvános helyeken) drogot használó személyek, és az integrált, a többségi társadalmi normákat (azok többségét) betartó egyének között.

A leszakadt dzsánki szcénája

Ez az utca és a nyilvános terek hálózata, a „társadalom” pereme, széle: a liminoid szféra, amivel annak bizonytalanságát, kimenet nélküliségét hangsúlyozom (Turner [2002, 2003] után). Itt töltik napjaikat és itt folyik injekciós droghasználatuk is. A *dzsánkit* több éves injekciós droghasználat jellemzi, általában különböző helyeken lakik: barátoknál, lebontásra ítélt házakban, esetleg az utcán. Munkahelye nincs, segílyt nem kap, segítő szervezetekkel

kapcsolatot nem tart – néha túcsere-programokban felbukkan, de a tüköt is többnyire gyógyszerertárból veszi, barátaitól, a dílertől kapja, vagy azt használja, amit éppen talál. A drogra – többnyire a heroinra – a pénzét kunyerálásból és „boltozásból” (bolti lopás) szerzi meg – utóbbihoz viszonylag konformabb külső kell, mint a kunyeráláshoz (tarháláshoz), ezért annak presztízse is magasabb. Ezekkel a pénzszerző tevékenységekkel el is megy a nap jó része, majd következik a drog megszerzése. Mivel már többször kért hitelbe, tartozásai vannak, a dílerék nem szívesen adnak neki el drogot: nincs „fix dílere” („vonala”), tehát a díler megtalálása – esetleg közvetítő igénybevételeivel – további órákat jelent. A napi adagját éppen ezért nem biztos, hogy meg tudja szerezni, gyakran vannak elvonási tünetei, ilyenkor a többiektől elkunyerálja a szűrőt: akik vagy megszánják és odaadják neki, vagy elzavarják. Időnként mákteához folyamodik, ami igen alacsony presztízssű drognak számít, és a hozzá szedett Noxyron (forgalomból kivont, de feketén, külföldről beszerezhető altató) miatt igen veszélyes a használata. Többnyire izolálódott, nincsenek vagy csak alkalmi társai vannak. A drogot általában nyilvános vécékben, parkokban, kapualjakban adja be magának. Túladagolás, esetleg elvonás miatt ők azok, akik legtöbbször akut kórházi felvételre kerülnek; a kezelésüket nem fejezik be, az első adandó alkalommal lelépnek. Ha ezt nem tennék, akkor a kórház bocsátaná el őket néhány nap után. A droghasználókkal kapcsolatba kerülő orvosok jó része szinte csak az ebből a körből kikerülő droghasználóval találkozik; ezeket a tapasztalataikat általánosítják más droghasználó csoportokra.

I: Ez így indul az egész végül is, hogy *az ember felkel reggel*. Jön hozzám át a haverom – most pont itt fekszik ő is [a kórházban] – , akkor szépen fölöltözök, mert én addig (aludni) szoktam, ő szokott kirobbantani az ágyból. Induljunk el. Benzinkutak, újságlopás. Nagyon nagy pénz van benne. Akárki... Azt mondják: mit csináltok, miből van pénzetek? Elmondom, hogy újságárulásba – azt hiszik, hogy hülye vagyunk. Vannak ezek a PC-s újságok, ezek a számítógépes – Chip, Panoráma, – ezek mind 1600–1700, 2000 forint meg ilyenek és fél árba át tudjuk venni és ráadásul. Hát most (...) ilyen stócot (...) Semmi. És egyből megvan 5–6000 forintom már abból.

7702 (kiemelés: R. J.)

I: (...) *Megszoktam* azt, hogy a városban... hát ez a benzinkutak nincsenek közel egymáshoz. Ide, oda, ide, oda. Dílerhez, mákteáshoz, satöbbi, össze-vissza. *Ha nem megyek* egy nap húsz kilométert vagy harmincat, akkor semmit. Főleg utazás, metrókon, földalattin. Á! Nagyon durva.

K: Tehát ezzel elmegy az egész napod.

I: El. Este 7–8 órára hazakeveredek. És azt a két órát (benyomom)... puff. Másnap meg megint indul az egész. És ez négy rohadt éve megy. Négy éve megy! Mondjuk végül is nem négy éve, csak három éve, mert egy évig én árultam, és 17 évesen és utána. 7702 (kiemelés: R. J.)

Az elbeszélő idői perspektívaváltása (a beszélő jelenidejévé válik az elmúlt történések múlt ideje) az életforma megterhelő voltára utal: az élmények olyan erősek, hogy az elbeszélő perspektívát vált. Ez azért érdekes, mert az interjúalany igyekszik az érzelmi involválódás kifejezését (beleértve az anyaggal kapcsolatos függést is) kerülni. Egyetlen „árulkodó” jel, a perspektívaváltás. Megfigyelhető az ágencia távolítása: „*az ember* reggel felkel...”

Ez a típus a nyilvános térhasználatában sokszor osztozik a hajléktalan alkoholistával:

„12 éves koromig a nagymamám nevelt, de mivel elhunyt ezért visszakerültem a szüleimhez, akik borzalmasan bántak velem, ütöttek vertek. Majd 17 éves koromban megismerkedtem egy nálam idősebb nővel, akihez odaköltöztem. Kapcsolatunk véget ért 1995-ben, utána följöttem Budapestre, ekkor 24 éves voltam, azóta hajléktalan vagyok, és nem érdekel semmi, azóta nincs értelme az életemnek és pusztítom magam, csak az, számít, hogy legyen elég pénzem piára... Életem csúcselménye és legfontosabb eseménye az volt, mikor elköltözhettem a barátnőmhöz. Kiszabadultam az otthon és szüleim börtönéből.”

Péter

A nyilvános térhasználatot kerülő, integrált injekciós használó

A 23 éves István egyetemista, mellette több mint hobbi szinten fest és fotózik, drága fotós készlete van. Saját lakásában lakik, amit a szülei vettek neki, akik külföldön élnek. Évek óta injekciós droghasználó, néha mákteát használ, „nosztalgiából”: szemben az előző csoporttal, mindig meg tudja venni a heroin adagját, de néha, a változatosság miatt mákteát is használ – drogkarrierjét is azzal kezdte. Együtt él barátnőjével, aki úgy tudja, leszokott. Egy másik lánnyal is jóban van, akire a barátnője féltékeny. A két nő közötti rivalizációt István is érzékeli, de a droghasználatával „megoldja”, érzelmileg semlegesíti a maga számára a helyzetet. Egyelőre nem akar leszokni, elégedett a helyzetével. Szűnni otthon szokott,

egyedül, néha társaságban, amikor a barátnője nincs otthon, vagy ha otthon van, a vécében pár perc alatt elintézi a szúrást. Mindig steril tűt használ, a régit – eltörve a „hegyét” – eldobja. Fix dílere van.

István példáját azért hoztam, mert önmagában az injekciós droghasználat – bár kockázati tényezőnek tartjuk – ilyen körülmények között kevés epidemiológiai kockázatot hordoz, és az egyéb kockázat (lebukás, elvonás, túladagolás) esélye is kicsi. Istvánnak is voltak dzsánki ismerősei, de ezeket a barátnője egy idő után nem engedte be a lakásba, mert ott szúrták magukat. István is örül ennek, mert tőle pedig pénzt kértek, és drogozásáról is tudtak – lebuktathatták barátnője előtt.

A szcénák átjárhatósága

Sokszor a térhasználaton és életvitelen alapuló a különbségtétel mesterkélte, mint az a következő esetből is látszik, ahol a nyilvános és nem nyilvános szcénák gyors váltogatása történik. Ez az interjúrészlet példa a *szcénák átjárhatóságára* és az egész folyamat *kiszámíthatatlanságára* is:

K: És mikor szúrtál először? Tehát az első szúrás mikor volt?

I: Mikor megnéztem a Trainspottingot, és ott még kinéztem... mert ugye, lebeszélte mindenki, hogy odáig ne juss. És akkor volt például szpídem, és egyedül voltam egy szobában éjszaka, és akkor próbálgattam, és sikerült... És akkor egy másik társasággal összejöttem... a törzsmagból ugye, oda jöttek-mentek emberek, ki-be, és én mindenkivel ismerkedtem. *Amerre a szél fűjt, arra mentem.* Így történt. A suliban csak azokkal, akik valamit használnak. Ott is ugye, a társaság, ide-oda. Akkor a barátom által, a fizika tanár – akkor így nevezem – által. Akiket megismertem. Dílerekkkel jártunk diszkóba. Telefonszám rögtön, és hívtam titokban. És akkor összeismerkedtem a legdzsánkisabb társasággal. Akkor voltam 17 éves, ahol a legjobban lepusztultam akkor, még akkor. Akkor még megvoltak – úgy ahogy – az erkölcseim, tehát testet nem árultam. Semmit nem, csak a szép kis mosolyommal – akkor még az is megvolt – árultam, szóval így bejöttem mindenkinek. És akkor csak arról volt szó, hogy csak szúrás, tehát nagyon kevés szpíddel. És akkor ott mutatták, hogy hogy kell. ... És akkor így jól éreztem magam, és mondtam, hogy most már suliba is így fogok járni. Így is történt. Utána másfél évig szúrtam, szúrtam, szúrtam. És úgy jöttem suliba. Csak

közben kokszoztam is már a barátommal. Akkor a fű, az ott maradt minden napra, és akkor vezettem egy naplót, és csillag, meg mindenféle ilyen titokzatos jelek. És megnéztem egy ilyen egy év után, és úristen, mindennap ott volt egy csillag, minimum egy feles az ott volt. Tehát egy pia. De ez egy ilyen három napok voltak csak, kétszer három nap, és néztem, hogy te jó Isten, és kezdtem gondolkozni, hogy most mi az Isten van, két barátom van, vagy három, mert *szerelmem a drog*. És akkor bedíjaztam egy kicsit. És olyanokról beszéltem már, meg olyanokat csináltam, hogy nem volt normális már. *Beszélt hozzám mindenki, közben senki nem szólt hozzám*, ugye, a buszon. Meg paranoia, elég erős, több hónapig tartott. Félrebeszéltem, meg minden (...)

Hozzátenném még ehhez, hogy heroint úgy vettem először, hogy senki nem akart... Tehát volt egy társaság, és szívtak. Egy volt barátom volt, és följártam oda, és na, ha már a társaságban laktam, a ruháim *szanaszéjjel*, mindenem *szanaszéjjel* volt, ahol éppen ért az este, ott aludtam. Csak drogos társaság legyen, az volt a lényeg....

Az a lényeg, hogy bevettem sok Rivotrilt, sok mindent rányomtam, és *úgy örültem, hogy végre meghalok. Végre élek*. És lett egy kibaszott nagy flessem tőle. De életben maradtam. Így volt. ...

Akkor 19 éves korom óta, vagy inkább 20, 20 éves korom óta dolgozom, ilyenek, hogy night klub, peepshow, akkor Pestről hazáig stoppoltam, meg minden egyes autóssal, egyikből ki, a másikba be, az összessel elmentem.

K: Tehát magyarul szex?

I: Igen.

K: És drogért vagy pénzért?

I: Drogért is, pénzért is. A dilerrel drogért, idegennel pénzért. A főnökömnek szeretője voltam egy tök jó cégnél. Kétszázezret kerestem. Száz kézhez. Tök mindegy, a cég pénze. ...És utána azt is megkaptam, hogy kórház, és *király életem volt*, éjszakai kimenő, alkohol, ott benti buli, a főorvos, mindenki lefizetve. Annyira lefizethető volt mindenki. Volt ilyen drogteszt, vagy akármilyen teszt, hogy egyáltalán füveztem-e, vagy akármilyen, soha nem volt pozitív. Mindig jó volt, még a nővérek is, annyira lefizethetőek voltak. Meg énnálam mindig volt ilyen negyvenezer készpénz, több nem.

1908 (kiemelés: R. J.)

Elemezzük ezt az interjúrészletet! A hosszabban idézett elbeszélés a – főleg – injekciós droghasználathoz kapcsolódó kiszámíthatatlanság, a gyors társaság- és szcénaváltások mellett

a *Frank-féle káosz narratívára* is példa (Frank, 1995). Az elbeszélés egy időbeli sort követ, de ha tüzetesebben szemügyre vesszük, már nem olyan könnyű megállapítani a történések sorrendjét, az egy-egy eseményhez kapcsolódó résztvevőket, sőt, azt sem, mikor van ugyanarról a személyről szó, és mikor lép be egy új szereplő a képbe. Valójában a szöveg idői és téri szerkezete felbomlik: nem tudjuk, hol és mikor vagyunk, egyik helyszínről átvezetés nélkül ugrunk át egy másik tér és időbeli pontra. Mintha egy *folyamatos jelenben* zajló elbeszélést hallgatnánk: sem lezárult múlttal, sem pedig valamiféle előremutató jövőképpel, vagy csak ilyen jövőre való utalással sem találkozunk. Egy távoli múlt az interjú elején még látszik: az „*akkor még*” többszöri felidézésével, de aztán ez is belemosódik a jelen káoszába, az elszegényedett narratív tájképbe (Dimaggio és mtsai, 2003).

Az elbeszélő is többféleképpen *pozícionálja* magát: a vagány, nagyvilági nő, az „ócska” prostituált, az erős akarattal rendelkező én („függő akartam lenni”) és a személyes felelősséget elhárító én („kényelmesebb, hogy nem akarok leállni”). Ezek az ének nem reflektálnak egymásra: az elbeszélő nem tanul korábbi tapasztalataiból; ezek a tapasztalatok reflektálatlanok maradnak. Nincs fejlődés, előrehaladás, de ugyanígy „visszafejlődés” sincs. A narratív perspektíva, miként a felemlegetett ének, „oszcillál” egy állandó, felfokozott jelenben. A „*ma nem*” (drogozom) és a „*ma igen*” (drogozom) közötti ambivalencia is megjelenik, ami szintén gyakori még intenzív droghasználóknál is: ezt szintén tekinthetjük kétféle énpozícionálásnak, a droghasználói és a nem-használói én közötti hasadást, a kettő közötti kommunikációs csöndet, reflektálatlanságot láthatjuk megnyilvánulni (a Hermans-i értelemben vett szelfpluralisztikus elmélet szerint): „*Beszélt hozzám mindenki, közben senki nem szólt hozzám*” fogalmazza meg az interjúalany igen érzékletesen ezt. Azt is látjuk, hogy az interjúalany sem beszél senkihez – valójában az interjúvolóhoz sem –, monologikusan mondja a történeteket, az újabb és újabb sztorikat, szinte végeláthatatlan sorban. A „*szanaszét*” többszöri emlegetését szimbolikusan az elbeszélő énjei vonatkozásában is érthetjük. Az egymás mellé rendelt események, személyek, terek és idők között maga a *beszélő én* elvész, szétesik, miközben különböző szcénák között jár: utca, lakás, bokor és autó (szex), night klubok, kórház, a Hilton. Ahogy a szcénákat váltogatja, a szcénák is – bár csak röviden beszél egy-egy szcénáról – felveszik az interjúalany jellemzőit: minden leértéktelenedik, minden és mindenki rossz és silány, a szereplők vagy átvernek vagy az interjúalany veri át őket: a kórházban is, de még a droghasználók között, a dílerek is. Semmi sem az, aminek látszik, nem úgy viselkedik, ahogy várnánk. Mindenki kiszámíthatatlan, de egyben kiszámítható: átverhető vagy ő ver át mást, szinte nincs is különbség. Valójában ezek

a szcénák adják ki – már amennyire, hézagosan – az interjúalany énjait. Mintha a szcénák közötti üresség okozta félelem miatt ömlenének ezek a szcénák leírások. Az űr veszélyesebb lenne, mint a halál, ami inkább egy izgalmas kaland, vagy inkább az is egy szcénák *„örültem, hogy végre meghalok. Végre élek.”* Az interjúalany „léte” tehát a szcénák közötti átjárással, a szcénák közötti határok folyamatos keresztülhágásával, átjárásával valósul meg. Az *ágencia* működését látjuk itt; az *ágencia*, mely a határok átlépésével válik élővé és megtestesültté, szinte csak a határátlépés pillanataiban.

Magát az injekciós – esetünkben szinte kizárólag intravénás formában megvalósuló – magatartást is tekinthetjük *határátlépésnek*: a testhatár igen durva, szó szerinti, átlukasztásának. A „szúrás”, a „belövés” (a lő szóból), a „nyomni” (igei alakban: nyomok) igen erőteljes kifejezések az injekciósra. Ezek a szavak olyan viszonyt fejeznek ki az énnel és határaival kapcsolatban, ami mintegy arra utal, hogy ezeket a határokat csak ilyen drasztikus úton lehet megtapasztalni. A *Latour-féle* (1996, 2005) *„aktornetwork elmélet* (ANT) szerint akár injekciós aktornetworkról is beszélhetünk, ahol a tű (mint „aktor”, mint „ágens”) maga is része az „injekciós droghasználónak” mint humán és nemhumán „ágenseket” tartalmazó hálózatnak. Ennek az elgondolásnak az injekciós magatartás átalakításában, az ártalomcsökkentő intervenciók célpontjainak – pl. tücsere-programok (lásd Luke 2003) – meghatározásában lehet szerepe: *Latour* (1996, 2005) azt is felveti, hogy egy ilyen hálózat mennyire stabil, és bizonyos, kitüntetett pontjai mennyire befolyásolják a hálózat egész működését, megint csak: ellenállva a változásnak.

Elsőként *Irwin* (1977) foglalta össze a *szcénákkal* kapcsolatos elméleti megközelítést a fiatalkori kulturális önkifejezés tanulmányozása során. A szcénák szerinte olyan „világokat” jelöl, amelyben a résztvevők közvetlen kielégülésre törnek – szemben a késleltetett -, szándékosan vesznek részt benne és a szcénák nyitott a nyilvánosság felé. A szcénák megtestesítik azt a jelenséget, amikor valaki – az aktor – megjeleníti magát a nézőközönség számára. *Pfadenhauer* (2005) az etnográfiai szcénákutatásokkal kapcsolatos összefoglalójában a szubkultúra-kutatásokat és elméleteket is „korai” szcénákutatásoknak tartja. Szerinte a szcénák kifejezés elsősorban a kilencvenes évektől terjedt el, főleg a fiatalokkal foglalkozó kvalitatív kutatásokban. A szcénák mentesek az olyan ideológiai előfeltevésektől, mint a hetvenes–nyolcvanas évek angol ún. új hullám szubkultúra-kutatásai, ahol az ifjúsági szubkultúra – egyszerűen szólva – az osztálytagozódásnak csak egy változata (lásd Rác [2001] összefoglalóját). A szerző idézi *Knoblauch* megfigyeléseit, mely szerint a

szcena tipológiájában különbözik a közvetlen környezet fogalmától: tipikus színtereiben, kulturális jegyeiben, közvetlen és a média útján megvalósuló kommunikációjában. *Pfadenhauer* (2005) szerint a szcénát a „miliőtől” is meg kell különböztetni, ami – a fiatalkori szocializáció témakörénél maradva – a mindenki számára, az életkori szakaszokhoz rendelhető közös életkörülményeket jelenti. A szcena marginális természetű – térben és időben –, tematikusan fókuszált közösségépítő fórum vagy kulturális network, ahova az egyének egyezkedési folyamat során lépnek be (tehát nem kötelező, szükségszerű módon, mint a miliőbe), és amely teret enged a kollektív önkifejezésnek és én-alkalmazkodásnak egy adott életstílushoz (*self-stylisation*). A szcénakutatások célja és módszere a *Goffman-i* értelemben vett interakcióelemzés. Kiindulása a reflexív (Beck-féle) vagy késő (esetleg poszt) modernizációból származó megfigyelés, amely az individuációt és a szubjektívációt tünteti ki figyelmével, eloldozva az egyént osztály-, család- és más, hagyományos közösségi kötelekeitől. A szcénák kutatása a *városi törzsek* (ahogy a fogalmat Maffesoli [1996] használja) és az ifjúsági kultúrák kutatását jelenti. A szcena közössége nem geográfiailag, hanem az életstílus szerint lokalizálható egy szimbolikus, esztétikailag és tematikusan meghatározott társadalmi térben, ahol nem a viselkedés, hanem annak „*stílusa*” a tanulmányozandó feladat. Végül, a szcena *hálózatok hálózatából* áll: középpontban az interakcióval és a kommunikációval. A szcénára jellemző integráció és megkülönböztetés, különbözőség és egyezés ambivalenciája a poszt-tradicionális (és az előbbieken a modernizmus különböző „késői” fogalmaival leírható) közösségeinek is sajátja. *Pfadenhauer* (2005) módszertanilag a szcénakutatást az életvilág és a résztvevők perspektívájának megismeréséhez hasonlítja. A „*kis társadalmi életvilág*” kifejezést kölcsönzi *Luckmann*tól, és a kutatói feladatot abban látja, hogy ezt a „*kis társadalmi életvilágot*” az egyének „*mi-érzésén*” keresztül tanulmányozzuk – tehát nem pusztán a közösen birtokolt tapasztalatok feltárása által. Végül, *Pfadenhauer* (2005) a szcénák megértéséhez a szcena résztvevői és a (résztvevő) megfigyelést végző kutatók tapasztalatainak hermeneutikai megértését javasolja követendő példaként. *Moore* (2004b) a *droghasználó* szubkultúrákhoz másképp közelített. Saját terepkutatásai során ugyanis azt tapasztalta, hogy a *szubkultúra* homogenitást implikáló fogalma nem használható, ezért azt javasolta, hagyjuk el ezt a fogalmat! A szubkultúra fogalom használata ugyanis egységes normákon, értékeken, szokásokon és hiedelemrendszeren nyugvó, egymással érintkezésbe nem lépő, statikus drogos csoportosulásokat feltételez. Ez a fogalmi keret nem használható olyan heterogén drogfogyasztó csoportok tanulmányozására, amelyek tagjai rendkívül eltérő társadalmi háttérrel bírnak, akik egyszerre több fogyasztói csoport tagjai is lehetnek egyben, és akik

fogyasztását nem a függőség jellemez (lásd: alkalmi fogyasztók). *Moore* a drogfogyasztói csoportok jellemzésére a *szcénákban* és az *útvonalakban* (*pathway*) történő gondolkodást tartja a legmegfelelőbbnek. Egy szcena akár egyszerre több, amorf, „folyékony”, rendkívül heterogén kulturális diskurzusnak is *helyet* (szó szerint!) adhat (csak utalunk Bauman „*folyékony modernitás*” fogalmára). Magában foglalhatja eltérő „szubkultúrák” tagjait, de felépülhet olyan tagokból is, akik hiedelemrendszere jóval nehezebben definiálható. Fontos, hogy a szcénákat maguk a használók konstruálják, építik fel interakciók és a szcénákban történő létezés, a drog és az ahhoz tartozó életforma és mindennapos tevékenységek megélése által. A szcénák tagjai között a *granovetteri* értelemben *gyenge kötések* vannak, melyek összekapcsolják a távoli szcénákat is. Ezek az eltérő életformák és gyakorlatok különböző útvonalak létezését feltételezik. Egy bizonyos útra való rá lépés, vagy éppen egy másikra való áttérés – ami jellemző a szcénák között mozgó fogyasztókra – pedig egy újabb, más droghasználói életút (karrier) kezdetét jelenti.

Injekciós droghasználók fertőzés-kronotoposzai

Az nyolcvanas évek közepétől egyre több tanulmány hívta fel a figyelmet intravénás droghasználók között a közös tű- és fecskendő-használat veszélyeire („*direkt megosztás*”). A nyolcvanas évek végétől, a kilencvenes évek elejétől az is egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy emellett a veszélyforrás mellett létezik a vírus átadásának más módja is („*indirekt megosztás*”: a drogoldat előállításához használt eszközök és anyagok közös használata és megosztása, pl.: Grund és mtsai, 1989, Grund és mtsai, 1990, Koester, 1989). Az utóbbi években pedig kiderült, hogy az indirekt megosztás a hepatitisz C vírus terjedésében még fontosabb szerepet játszik, részben azért is, mert maga a direkt megosztás az intervencióknak köszönhetően az Egyesült Államokban, illetve számos nyugat-európai országban látványosan visszaszorult (van Beek és mtsai, 1998, Coutinho 1998). (A témáról magyarul részletesebben lásd: Rácz 2001, Rácz 2002ab.)

Magyarországon a HIV/AIDS még nem jellemző az intravénás droghasználók körében. 1995–2002 között a HIV pozitív esetek kumulatív előfordulása 11 volt injekciós droghasználók között (HIV/AIDS 2002). 2001-ben 76 kezelést kereső injekciós használó esetében 3 ismerte be, hogy HIV fertőzött, 121 terápiás kapcsolattal nem rendelkező injekciós használó között pedig egy személyt találtunk HIV nyáltesztel fertőzöttnek (Rácz, Ujhelyi és Fehér, 2002). A hepatitisz C fertőzöttség az általános populációhoz képest magas. 1996–97-ben 16–17%, 2000–2001-ben egy vizsgálatban intravénás droghasználók között 30,6%-ban fordult elő hepatitisz C fertőzés. A hepatitisz B esetében 1,4%-nál volt igazolható akut fertőzés, a nők 13%-ánál, a férfiak 8%-ánál pedig korábban lezajlott fertőzés (Bánhegyi, Ujhelyi és Zacher, 2002). Azonban ezek a számok is alatta maradnak a nyugat-európai országok értékeinek (Nemzeti Drogfókuszpont, 2006).

A fejezet célja az intravénás droghasználók *fertőzési kronotoposzainak* bemutatása. A fertőzési lehetőséggel járó magatartásformák térben – időben kevésbé – viszonylag jól körülírtak: elsősorban marginális, *küszöb terekben* történnek: köztereken, nyilvános vécékben, kapualjakban, ritkábban lakásokon. A fertőzés kapcsán a kockázati magatartásokat vizsgálom; a „kockázat” elsősorban a legsúlyosabb fertőző betegségek közé sorolható HIV/AIDS-t és hepatitiszt (C formáját), illetve ezek átadásának lehetőségét jelenti. Látható, hogy a „kockázat” ebben az értelemben, első közelítésben egy külsőleg definiált kockázat fogalom, az epidemiológiai, közegészségügyi szempontból veszélyes

(mert vírusátadáshoz vezető) injekciós – kisebb részben szexuális – magatartásokról lesz szó. A kronotoposz megközelítés mellett a tér-időbeliség (utóbbi főleg este, délután) mellett szól a ritualizált cselekmények ismétlődése, ezekben a „véletlen” és a „sors” beágyazottsága, valamint az a stílus, azok a *retorikai elemek*, ahogy erről az injekciós használók beszélnek.

A jelenséget történetileg szemlélve, beszámolók állnak rendelkezésre arról, hogy már 1937-re az intravénás droghasználat és a fecskendőmegosztás gyakorivá vált. A kutatók azonban különösebb jelentőséget nem tulajdonítottak a jelenségnek. A nyolcvanas évek kvalitatív kutatásainak eredménye volt, hogy egyáltalán a rejtett droghasználó csoportokat feltárták, és a figyelem előterébe emelték a kockázati magatartásformákat: azaz mintegy újra felfedezték azokat. A „közvetlen megosztás” a közös, megosztott tű- és fecskendőhasználatot jelenti, amikor ugyanazt a tűt két vagy több ember használja. Ha az egyikük fertőzött, a másik személyt is megfertőzheti. A fertőzés tényét az adott személy vagy még nem tudja, mert nem tesztelték, vagy az inkubációs idő miatt a teszt eredménye negatív, vagy tud arról, hogy fertőzött, de ezt titokban tartja, vagy közli ugyan, de a közös használat mégis megvalósul. Az „indirekt megosztás” során a beadandó drogoldat előállítása és használata során történhet meg a vírus átadása (Koester 1996).

Kelet-európai, speciális indirekt megosztási formák (Rhodes és mtsai 1999a):

- A drog – szinte kizárólagos – házilagos előállítása
- Az oldathoz vért kevernek az oldat stabilizálása érdekében (bizonytalan közlés!)
- Drogdisztribúció: teletöltött fecskendőből vagy a *dealer* fecskendőjéből szívják fel a többiek az oldatot.

Mivel utóbbi technikák igen nagymérvű kockázattal járnak, fontosnak tűnt annak megállapítása, vajon ezek Magyarországon is előfordulnak-e.

Módszerek

Részletesebben lásd a módszertani fejezetben!

Az idézeteknél az *Atlas.ti* által generált idézési struktúrát követem: *Px* (az interjú – „primary document” – sorszáma a feldolgozás alatt), az interjú sorszáma a kutatás során (az *Atlas.ti* által használt *txt* kiterjesztéssel), és az idézet sorszáma: ez két számból tevődik

össze; az első az interjú sorszáma, megegyezik a „*primary document*” sorszámaival, a második pedig az idézet sorszáma az interjún belül. Az ezeket a számokat követő zárójeles két szám (közöttük kettőspont) az idézet első és utolsó sorának sorszáma (az interjút az *Atlas.ti* soronként beszámozza). A második sorban az idézethez tartozó kódokat tüntettem fel az elemzés menetének demonstrálására. A „*K*” az interjúkészítőt, az „*I*” az interjúalanyt jelöli.

Tapasztalatok

A közös főzőedényből történő elosztás (indirekt elosztás)

A közös főzőedény többnyire preparált (hajlított) kanál, máskor kólás doboz (vagy más dobozos üdítő) alja, amin felfordított állapotban tányérszerű bemélyedés található. A közösen vett drog elosztása itt történik: az utcán kapható heroint más módon nem lehet elosztani, fel kell oldani, és úgy lehet kiszámolni a mennyiségét, amit aztán elosztanak. Előfordul, hogy a feloldáshoz meghatározott mennyiségű vizet használnak, amit már eleve úgy számolnak ki, hogy könnyen osztható legyen a résztvevők számával. A módszer hátránya, hogy a víz egy része elpárolog, és néha egy-egy egységen is nagy viták vannak. Marad az a módszer, hogy a kész oldatot felszívják egy fecskendőbe, megméri, hogy hány egység, és utána osztják el különböző módszerekkel. A közös elkészítés, a közös kanál vagy más főzőedény fertőzés forrása lehet („indirekt megosztás”).

A következőkben, amikor közös tű és fecskendő használatról számolok be, a két kifejezést szinonimaként szerepeltetem, hiszen a jelenleg használatban levő injekciós fecskendőkről nem lehet a tűt levenni (ha mégis, azt külön jelzem).

P35: drog3302.txt - 35:10 (557:590)

Codes: [drogelosztás] [elvonás] [közös szűrő]

K: Olyan volt-e, hogy valakivel vagy valakikkel együtt közösen vásároltatok vagy szereztetek drogot, tehát egy adagot vagy kettőt, és hogyha ez történt, akkor általában

hogyan osztottátok meg?

I: Hát, egy kanálban megcsináltuk, és akkor úgy elharmadoltuk vagy feleztünk, ahányan voltunk.

K: Tehát mondjuk voltatok négyen vagy hárman, a kanálban elkészítettétek az egészet?

I: Igen. És kiszámítottuk, hogy mennyi vizet kell hozzá tenni, hogy mindenkinek mondjuk, húsz egység legyen. És akkor úgy megfőztük, és akkor mindenki egy szűrőből...

K: Egy szűrőn keresztül a saját pumpájával...?

I: Igen. Gondolom, így kaphattam el, egyébként.

K: És olyan volt, hogy valaki esetleg nem fizetett, vagy kevesebbet tett bele, és az elosztásban történt- e valamiféle...?

I: Voltak viták. Igen.

K: És ezek a viták ebből adódtak?

I: Hát, hogy ki mennyit adott be, abból volt a vita. Meg hogy kié legyen a szűrő. Meg ilyen hülyeségek.

Az elosztás technikai kivitelezése

- Az oldatot egy fecskendőbe szívják, megnézik, hány egység, visszanyomják a főzőedénybe, és mindenki külön fecskendőbe szívja a számára járó mennyiséget.

P 6: 1523.txt - 6:9 (205:210)

Codes: [drogelosztás]

K: És hogyha közösen szúrtok, akkor az hogyan szokott működni?

I: Az attól függ, hogyha van valakinek steril fecskendője, akkor abba szívjuk fel az anyagot, és utána visszanyomjuk a felét. Ha nincs, akkor ketten egyszerre szúrjuk. (342:348 sor: kimarad)

K: Ha közösen szerzitek be a drogot, akkor hogyan szoktátok elosztani?

I: Ugyanúgy. Egybe öntjük, és elosszuk.

K: És hogyan osztjátok el?

I: Felszívjuk egy fecskendőbe, és – mit tudom én – vagyunk hárman, van negyven egység vagy – mit tudom én – legyen harminc egység és akkor 10-10-10.

(215:224) ...a heroint nem lehet úgy elosztani úgy, hogy pont egál-egál legyen.

És hogyha beleöntjük egybe, akkor úgy tudjuk felszívni, hogy pont egál legyen.

Szóval vissza lehet úgy nyomni, hogy mit tudom én 20-20 egység legyen.

K: Ez gondolom a kanálba vagy a doboz aljába történik?

I: Igen.

P25: drog3303.txt - 25:3 (157:165)

Codes: [drogelosztás]

I: Nem. Ez úgy volt, hogy mindig kiszívtuk egy fecskendőbe az egészet, kiszívtuk, megnéztük, hogy mennyi van, és akkor elosztottuk a részeket. És akkor utána vissza lett nyomva, és utána szívta ki mindenki a magáét.

K: Hova lett visszanyomva?

I: A kanálba.

- Az oldatot egy fecskendőbe szívják fel, abból a többi fecskendőbe, szintén kiszámított mennyiséget.

P17: drog0001.txt - 17:22 (280:296)

Codes: [elosztás] [testvéries]

És hogyha például nyalciszunk, akkor fölszívjuk egy fecsibe, amennyibe belemegy, megszámloljuk, hogy hány egység, hányan vagyunk, és akkor úgy osztjuk szét.

Az elosztást végző személy(ek)

- Az elosztás történhet úgy, hogy aki megcsinálja az oldatot, az osztja el.

P22: drog7702.txt - 22:14 (339:344)

Codes: [drogelosztás]

I: Nem. Figyelj! Annyi, hogy mindenki fölszívja, illetve egy ember. Mindenki odaadja annak az egy embernek a fecskendőt. Az, aki fölmelegítette, az fölszívja az összeset, akkor még nincs vér, semmi. És nem nagyon szoktuk gyűjtögetni az edényt sem. Mindenki megkapja a saját kis fecskendőjét, és akkor beadja magának.

P 3: 1513.txt - 3:23 (1166:1169)

Codes: [vásárlás]

I: Hát érzékenyek voltunk, de mindig volt egy olyan gyerek, aki elment megvenni, mert ő csinálta, ő osztotta el, hogy ki mennyit kap belőle, úgyhogy ez általában így volt.

- A másik lehetőség, hogy közös osztás történik: mindenki magának szív fel, saját fecskendőbe. Azonban ilyenkor érintkezhetnek a tűk.

P11: 1704.txt - 11:5 (319:324)

Codes: [drogelosztás]

K: Szűrőt is használtál közösen?

I: Hát igen, persze. Együtt szívtuk föl, egyszerre. Volt olyan, hogyha ketten voltunk vagy hárman a cuccra, akkor mindenki felszívta gyorsan, hogy ne párologjon, és akkor így végül is érintkezett az a három tű valamilyen szinten.

P 9: 1702.txt - 9:21 (298:362)

Codes: [elosztás] [testvéries]

K: De hát ha mondjuk ha nagyon gázos az arc, de nincs pénze, akkor ő kap belőle vagy nem?

I: Mit jelent az, hogy gázos az arc?

K: Tehát hogy így nagyon ki van. Régen szúrt, nincs rá pénze...

I: Kap. Biztos, hogy kap belőle egy picit. Szóval olyan nincs, hogy most akkor ő nézni fogja vagy mit tudom én mi. Hát logikus, hát azért nem arányos részt fog kapni.

Az elosztás okai

Az elosztás anyagi okai

Ennek hátterében az áll, hogy az interjúalanyoknak nincs mindig elegendő pénzük arra, hogy egy pakettet megvegyenek. Ilyenkor ketten-hárman adnak össze egy-két pakettre valót; esetleg többen több pakettre valót, de ilyenkor is egy személy egy pakett áránál kevesebb összeggel járul hozzá a közös vásárláshoz. Az utcai heroint nem lehet feloldás nélkül elosztani; amfetamin esetében talákoztunk azzal, hogy az amfetamin port csíkokra

húzták, és mindenki a saját csíkjával „azt csinált, amit akart”. A közös vásárlásnak nemcsak anyagi okai vannak, ezeket a következő részekben tárgyaljuk.

Az elosztás pszichoszociális rendszere

A drogokat elosztására általában egymással szorosabb, sokszor intim kapcsolatban álló személyek között került sor: szexuális partnerek, együtt lakó, együtt élő személyek, vagy sok éve közös barátságot ápoló egyének között, akiknél a közös droghasználat is több évre nyúlik vissza. Lássunk néhány példát a drogot elosztó személyek közötti kapcsolatokra.

1. Szexuális partnerek

P12: 1706.txt - 12:9 (260:265)

Codes: [barát]

I: Volt egy barátnőm, akivel az volt például a mániánk – akkor elég sokat mászkáltunk együtt – hogy egymásnak adtuk be mindig. És például a Corvin moziban is megtörtént ez a vécében. Ott is benyomtuk egymásnak, és akkor puszi a szájra és tök jól elvontunk. Szóval ennyi.

K: És akkor így közösen csináltátok meg a cuccot? Közös fecsi vagy külön?

I: Igen. Külön.

K: Tehát te megcsináltad az övében, ő a tiédben?

I: Nem. Mind a ketten megcsináltuk a sajátunkat. Végül is ő megfőzte. Vagy ő vagy én. Fölszívtuk a saját pumpánkba, és akkor egymásnak beadtuk.

2. „Haverság”: *viszonosság*. Ez azt jelenti, hogy a „haverok” egymást meghívják a drogra, ha a másiknak nincs pénze. Ez a meghíváson alapuló kapcsolat egymással szorosabb viszonyban levők között működik; távolabbi ismerős, felszíneesebb ismeretség esetén nem, ilyenkor félnek, hogy a másik nem hívja vissza őket.

P16: 1904.txt - 16:20 (322:341)

Codes: [elosztás]

K: Mert hogy ki az, aki kap és ki az, aki nem?

I: Hát így van. Hát ha haverom, akkor persze. Ha meg csak oda pofátlankodik, ilyen hiéna típus, akkor az nem.

P17: drog0001.txt - 17:22 (280:296)

Codes: [elosztás] [testvéries]

Mert megint csak az én baráti körömből, tehát az én szűrő-körömből tudok kiindulni. Mindenki úgy van, hogy lehet, hogy nekem ma nincs pénzem, és lehet, hogy holnap meg neki nem lesz. Általában így meg szoktuk hívni egymást.

P18: Drog0002.txt - 18:12 (212:232)

Codes: [elosztás] [testvéries]

I: Kap az is, ugyanúgy.

K: Miért?

I: Mert mi jó barátok vagyunk. Bennünk, benne van ez. Ha nekem nincs, ő hív meg. Ha neki nincs, én adok.

3. *A jó hangulat: a békés, barátságos atmoszféra*, ahol az is kap drogot, aki nem adott bele, feltehetően nemcsak a békesség érzetét kelti, hanem hozzájárul a drog erőteljesebb hatásához is. Ilyenkor csökken a „parázás”: nem kell félni a rendőrségtől, a lebukástól, attól, hogy mások „lehúzzák”, kihasználva a bódult állapotot, ellopják értékeiket.

P15: 1903.txt - 15:17 (142:151)

Codes: [elosztás] [testvéries]

K: Ugye közösen szerzitek be a cuccot – ezt mondtad. Hogyan szoktátok elosztani?

I: Nincsenek viták. Vagy egyenlően vagy ha túl sok, akkor inkább kevesebbet.

K: És hogyha úgy veszitek, akkor az is kap, aki nem tudott éppen pénzt adni rá?

I: Hát előfordul. Igen.

K: És miért kap ő is?

I: Hát mert a hangulat miatt. Volt, hogy mi is kaptunk, ha pedig nem volt rá módunk. De előfordult az fordítva is.

4. *Az elvonásban levő megsegítése (bajtársiasság)*: bajtársiasság általában egy ismeretségi körön belül működik; az elvonásban levőt megsegítik – általában a szűrővel, vagy a

kanálba, illetve a szűrőbe visszanyomnak néhány egység drogot. A használt szűrő, illetve a drogoldat visszanyomása, ha az fertőzött fecskendőből történik, a fertőzés veszélyét jelentik. Általában a közös szűrőhasználat veszélyeit az interjúalanyok kevésbé ismerik, vagy bagatellizálják. Néha idegeneket is megsegítenek ilyen módon, ez azonban ritkább.

P11: 1704.txt - 11:28 (463:479)

Codes: [elosztás] [testvéries]

K: Az is kap, aki nem ad bele pénzt?

I: Hát ha nagyon rosszul van és ott van és nem vagyunk túl sokan, akkor igen.

K: Kik kapja a szűrőt? Ez fontos? Tehát van valamilyen szerepe?

I: Hát ki kapja a szűrőt? Mondjuk hogyha valakinek nincs benne pénze, és többen vagyunk és rosszul van, akkor odaadjuk neki a szűrőt. Vagy pedig az, akinek a legtöbb pénze van benne. A szűrőn nem szoktunk igazából veszekedni, mert nem egy olyan nagy szám.

K: A szűrőnek van a ti köreitekben?

I: Nincs – szerintem – igazából.

5. *Harc a drogért – „farkastörvény”*: ez az előbbi megállapításoknak ellentmond. Az injekciós droghasználók között nincs egységes norma: az elvonásban levőn segíteni kell – vagy pedig a „farkastörvény” érvényesül, az erősebb szerez magának több drogot (pl. közös elosztásnál), vagy szerzi meg a szűrőt, esetleg meglép a drogra összegyűjtött közös pénzzel. Közös szűrésnél az „erősebb” lehet az, aki először szűr: több drogot, steril – vagy tiszta – tűvel.

P 1: 1505.txt - 1:7 (224:227)

Codes: [az első] [elosztás] [vásárlás]

I: Attól függ, hogy ki adta a pénzt, ki szerezte, kitől milyet. De egyébként testvériségről, mint olyanról drogban beszélni nem lehet. Nem. Vanni van, nem annyi, ami kell. Nem lehet. Az elsőnek ott kell lenned.

6. *A közvetítői jutalék*: a közvetítő speciális szerepet tölt be az injekciós használók között. Van, amikor ő az, aki tudja, hol, kitől lehet drogot venni, ezért az információért közvetítői jutalék (drog) illeti meg. Máskor a szerepe ennél továbbmegy: ő gyűjti össze a többiek pénzét és vásárolja meg a drogot, szintén jutalék (drog) fejében.

P10: 1703.txt - 10:18 (234:256)

Codes: [beszerzés] [elosztás] [közvetítőn keresztül]

I: Hát volt olyan, hogy – ezt rám is lehet mondani – hogy én tudtam például szerezni anyagot, a másik két srácnak volt pénze, és akkor fölcsöngettek, hogy menni kéne, és akkor mentünk.

K: És akkor így milyen arányban kaptál? Tehát akkor háromfelé osztjátok, mert te voltál a kontakt vagy...?

I: Akkor én nem kaptam teljesen. Tehát nem teljesen háromfelé.

K: Tehát annyit kaptál, hogy ne legyen elvonásod vagy azért annál többet?

I: Azért annál többet.

P24: drog3305.txt - 24:30 (700:740)

Codes: [elosztás] [etikett] [közvetítő]

I: Hogy mondjam? Inkább a közvetítő. Tehát a közvetítő, ha gyakorlatilag nem száll bele egy forinttal sem, akkor is kap, mert hiába van 18 ezer forintom is, hogyha nem tudok semmit sem kezdeni vele. Tehát a közvetítőnek mindenféleképpen jár, mint „közvetítői díj”. De vadidegennek?

7. *Szex drogért*: nem tisztán prostitúció, mint az interjúrészletből is látszik, alkalmi, helyzeti szex-drog cseréről van szó. Az interjúalanyok ritkán említettek ilyet, azonban a szex – drogért kérdésre adott válaszok, pontosabban ennek lehetőségét firtató kérdésre adott bizonytalan válaszok („attól függ, hogy néz ki”, „így konkrétan nem, mert tetszetek azok a nők”, „lehetséges”, „attól függ, milyen elvonásom lenne”) arra utalnak, hogy ez a viszony gyakoribb lehet az említések számánál, és az alkalmi, helyzeti drog – szexért csere nagyobb elfogadottságot élvez. A prostitúciótól az interjúalanyok megkülönböztetik.

P17: drog0001.txt - 17:2 (99:114)

Codes: [prosti] [vásárlás]

K: És az, hogy te kértél valakitől, olyan volt már?

I: Volt, volt. Ez nem is olyan régen volt. Kb. egy három hete, négy hete történt.

Egy fiatal csajszi, meg három fiú, elmentünk nyalcsiért. És megvettük, ott a

helyszínen be is toltuk. A kiscsajnak is nagyon bejött. Utána elmentünk Hárosra, ott csináltunk még egyet, és neki már nem akartunk adni. És ő azt mondta, hogy márpedig neki kell. És mondtuk neki, de először így viccelődve, hogy hát akkor „spangli”, így mind a hármónknak, meg gruppen. És belement, se szó, se beszéd, elkezdett vetkőzni. Megtörtént az aktus, ott lerendezett hármónkat se perc idő alatt.

K: Csak „spangli” volt?

I: Minden. Ott minden volt. Aztán utána toltunk. És reggel 10-kor oszlott föl a társaság.

Fecskendő beszerzés nehézségei, a rendőrség stratégiája

A rendőrségi vizsgálat lehetősége miatt sokan tartózkodtak attól, hogy steril vagy használt tűt tartsanak maguknál. A tűcsere program számára sem szívesen gyűjtöttek össze tűket, mert az is növelte a rendőrségi vizsgálat valószínűségét. Általában új, steril tűket igyekeztek beszerezni; a fertőtlenítési technikákat nem ismerték, illetve kevéssé bíztak bennük. Többen ezeknek értelmét sem látták, a fecskendők könnyű beszerezhetősége miatt. De mégis, sok interjúalannyal előfordult, hogy más tűjét kellett használni, amikor éjszaka a gyógyszerértár és a tűcsere program nem volt nyitva. Általában ezekről az eseményekről múlt időben beszéltek; amikor még „gyakorlatlanabbak” voltak, kevesebb szó esett a fertőző betegségekről.

P17: drog0001.txt - 17:15 (326:330)

Codes: [fecsi magánál hordás]

K: Szoktál magadnál fecskendőt hordani?

I: Szoktam. Most is van a kabátomban. Ki van szakítva hátul az a... nekem ilyen kötös az alja. A kötöt kihúztam, és akkor hátul ki van szakítva, és oda van betéve.

P18: Drog0002.txt - 18:7 (250:251)

Codes: [fecsi magánál hordás]

K: Szoktál fecskendőt hordani magaddal?

I: Volt egy-két alkalom rá, de rosszul sült el.

Fecskendő magánál tartás

Ahogy erről szó volt, a fecskendő fertőtlenítés nem gyakori; ha saját maga többször használja, akkor is legfeljebb vízzel, esetleg forró vízzel átmossa és elteszi. Egy-egy fecskendőt általában néhányszor (2–5) használnak, de gyakori, hogy csak egyszer. A két idézet két szélső helyzetet mutat be: az elsőben annyiszor használják, amíg lehet (10–15, de akár 20–25 alkalom), a másodikban csak egyszer.

P 3: 1513.txt - 3:26 (1287:1291)

Codes: [fecszi haszn gyak]

Mert hát hogyha jó állapotban volt, szóval nem volt ennyire szétlőve, akkor egy tíz- tizenötször biztos tudtam egyet használni. De amikor nagyon görcsös volt meg mit tudom én, akkor nem tudtam annyiszor.

A steril vagy a használt fecskendőket nem szeretik magukkal hordani, mert ez a rendőrség számára bizonyíték, hogy vizeletvizsgálatnak vessék alá őket, és pozitív vizeletminta esetén megindítsák a büntetőeljárást.

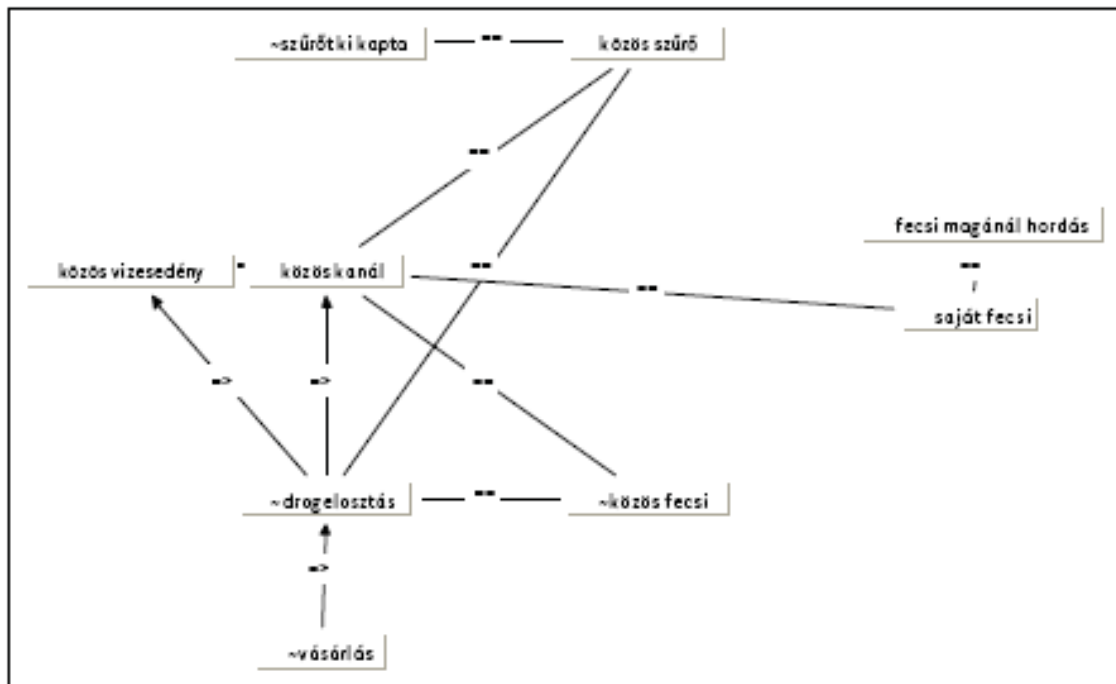
P 6: 1523.txt - 6:20 (425:426)

Codes: [fecszi magánál hordás]

I: Egy időben hordtam magammal, csak állandóan elkaptak a rendőrök és bevittek. Mostanában nem.

A fecskendő magánál tartás előkészület a használatra, ugyanakkor védekezés a közös túlhasználat ellen.

Az 1. ábra összefoglalja a vásárlás – közös elkészítés – alkalmazás folyamatát⁸.



1. ábra. A vásárlás – közös elkészítés – alkalmazás folyamata. Az egyes kódok közötti szemantikai kapcsolat: = együttjárásos kapcsolat; => oka valaminek típusú kapcsolat. Az ábrán alul helyezkedik el a „közös vásárlás”, ami a drog „elosztásához” vezet, ami a „közös kanál (=főzőedény)” alkalmazását jelenti, sokszor közös „vizesedénnyel”, illetve „közös szűrővel”. Ha „közös szűrő” van, megjelenik a „szűrőt ki kapta” kód is. A „közös kanál” együttjárhat „közös fecsivel”, illetve „saját fecsivel” is, utóbbi esetben fontos, hogy az interjúalany „hord-e magánál fecskendő”. Az ábrán látható, hogy a „drogelosztás” és a „közös kanál (=főzőedény)” középponti szerepet játszik az indirekt megosztásban.

Más adja be az injekciót – szűrési sorrend

Az elosztást elsősorban eddig mennyiségi kérdésként kezeltük: kik között kerül sor erre, kap-e az is, aki nem adott bele pénzt, milyen viszonyban vannak azok, akik egymás között elosztják a drogot, illetve megfigyeltük ennek technikáját: a kanálban, a szűrőben – a

⁸ Lásd Rácz, 2005c.

szűrőben, vagy pedig fecskendő(k) közbeiktatásával történik. A következő szempont a szűrési sorrend. Az elosztott drogot milyen sorrendben adják be maguknak vagy egymásnak; van-e a sorrendnek valamilyen jelentősége. A kockázati magatartások vonatkozásában a szűrési sorrend azért érdekes, mert ha nem steril tűvel történik a beadás, a második és a következő használók – ha az előző használó fertőzött volt – megfertőződhetnek. A közös kanál, szűrő vagy vizesedény révén pedig valamennyien megfertőződhetnek. A szűrési sorban hátul levő – látva a többiekén kialakuló droghatást – erőteljesebb elvonási tüneteket mutathat, ami a szűrés biztonságát veszélyeztetheti.

P24: drog3305.txt - 24:19 (741:759)

Codes: [barát] [egymás utáni szűrés]

K: Akkor, ilyen esetben ki szűr először? Tehát hogy mi dönti el a sorrendet?

I: A sorrendet az dönti el, hogy aki például mondja, hogy ő beteg [hepatitiszes], az már eleve utoljára szűr. És az kap először, aki tutira egészséges. Aki például pár hónapja csinálja. Soha nem nyomott más után. Szóval az kezd. De ez nagyon extrém eset. Volt olyan, hogy kimentünk egy fesztiválra, és énnálam volt három fecskendő, meg volt egy pakk. És ott két nyomást nyomtam, és ott gondolkodtam, hogy mi a fasznak hoztam három fecskendőt ehhez a kevés heroinhoz. A csávómmal elnyomtuk, és akkor kimentünk a fesztiválra. És akkor amerre a szem ellátott, mákföld. És ott álltunk három fecskendővel. Ugye elfogytak, és akkor a végén voltunk öten, három fecskendőre. Ezek ilyen nagyon extrém esetek. Ott, ugye kilométeres körzetben nem volt gyógyszertár, hogy elmehessen az ember és vegyen fecskendőt. De szóval az ilyen nagyon ritka, hogy többen szűrnak egygel.

P 3: 1513.txt - 3:22 (1149:1156)

Codes: [egymás utáni szűrés] [szűrés kikkel]

I: (...) Hát ez úgy volt általában, hogy kinek volt benne több pénze, kinek volt kevesebb vagy...

K: Az előbb lőtt?

I: Igen. Hogy ki szerezte. Mert az volt, akkor az úr akkor, hogy jaj, de király vagy, hogy meg tudtad szerezni, mert senki nem tudott szerezni, úgyhogy általában ő kapott többet vagy övé lett a szűrő vagy ilyesmi.

Sokszor a közös használat és a közös szűrés nem előre tervezett tevékenység, hanem spontán módon alakul: megszerzik a drogot – előtte többen összeadták, vagy a dílernél futottak össze – és ahol lehet, közösen alkalmazzák. Ez gyakran félreeső park, lépcsőház, nyilvános vécé. A nem biztonságos helyek jelentette kockázatokat ilyenkor az ismeretlenek, vagy csak távoli ismerősök jelenléte is fokozzák, akikről nem lehet tudni, hogy fertőzöttek-e.

P22: drog7702.txt - 22:10 (256:265)

Codes: [idegen] [szűrés kikkel] [társaság]

K: Kikkel szoktál általában szűrni?

I: Hogy érted?

K: Kik azok, akikkel közösen szoktatok szűrni? Mennyire jó ismerősök?

I: Nagyon jó ismerősök, már évek óta ismerjük egymást.

K: Barátaidnak tartod őket?

I: Hát, ilyen haverok.

K: Előfordult már, hogy olyannal is szúrtál, akit nem is ismertél, vagy csak úgy látásból?

I: Aha. Előfordult.

Az első használat – pontosabban a szűrés megtanulásaig terjedő időszak – kitüntetett jelentőségű, hiszen az interjúalanyok többsége nem magának adta be az első intravénás drogadozt, hanem valaki más. Általában ez a másik személy(ek) készítette el a drogot, mert az első használó még nem értett ehhez. Itt a közös tű használatának viszonylag nagy a kockázata.

P 3: 1513.txt - 3:12 (759:769)

Codes: [más adta be]

K: Nem. Az, hogy más szúrta neked.

I: Hát egy pár hónapig talán. Három-négy hónapig.

K: És utána előfordult még olyan, hogy más szúrt neked? Vagy azután mindig...?

I: Igen, mert... Hát az elején ugyebár az ember ügyetlen, meg azért nem úgy csinálja, ahogy kéne. És volt olyan az, hogy nagyon sokszor melléadtam. Bedagadt a kezem meg minden baja volt. És hát akkor úgy megkértem. Csináltam egy másik adagot, és megkértem, hogy valaki mást, hogy szúrja be, mert nekem nem megy.

A szúrás gyakorlatából „ki is lehet jönni”, pl. huzamosabb absztinencia, börtönbüntetés miatt/alatt. Ilyenkor megint szükség lehet rá, hogy valaki más adja be az anyagot.

P22: drog7702.txt - 22:12 (299:303)

Codes: [más adta be]

K: Szúrt már neked valaki más?

I: Igen.

K: Gyakran?

I: Nem. Most, hogy kijöttem a sittről, az elején nem ment. Meg amikor kezdtem, akkor is más adta be.

Gyakori eset, hogy az injekciós használó vénái olyan állapotban vannak („halott vénák”), hogy abba ő nem tudja beadni, mást kell megkérnie. Az is előfordul, hogy a másik személy olyan helyre adja be a drogot, amit az adott személy nem tud elérni (pl. a hát egyes területei, jobbkezeseknél a jobb kar).

P 7: 1701.txt - 7:6 (427:438)

Codes: [más adta be]

K: És neked szúrt-e már valaki? De ahogy mondtad, igen.

I: Hogy nekem szúrta-e be valaki? Hát elég sokszor eljutottam odáig, hogy nem volt hova beadnom. Vannak olyan ereim is, amik már úgynevezett halott erek, de... Nem tudom ezeket pontosan hogy hívják. Hát mi anyagosok úgy hívjuk. Végül is elhalt az ér. Nem jön belőle a vér. És volt olyan, hogy megcsináltam magamnak, és másfél órányi próbálkozás után, amikor már tele volt a fecskendő vérrrel, akkor fogtam magam és rohantam a dealeremhez, hogy segítsen már, mert nem tudok mit csinálni.

Van olyan is, hogy valaki huzamosabb injekciós használat után sem tanulja meg az intravénás alkalmazást.

Direkt és indirekt megosztás

Közös tű használat

A szűrési sorrend esetében még van arra lehetőség, hogy mindenki a saját fecskendőjével szűrjön. A következő idézetek azonban már a bizonyosan közös tű használatáról szólnak. Különbséget kell tennünk azonban aközött, hogy egy adott személy tűjét valaki más használja („kölcsonadó”) és aközött, hogy ő használja valaki más tűjét („kölcsonvevő”). A két kifejezést – kölcsonadó és kölcsonvevő – nem tartom pontosnak, mert valamilyen tudatosságot, akaratlagosságot feltételeznek: kölcson ad, kölcson vesz, holott sok esetben ez nem végiggondolt folyamat, egyik szereplő felől sem. Előfordul az is, amikor a földön heverő tűt veszi fel valaki, itt „kölcsonvevőről” nem beszélhetünk (és a tűt a földre ledobó esetében kölcsonadóról sem). A közös tűhasználat – kockázati magatartások tekintetében – akkor is megvalósul, ha fertőtlenítés nélkül történik az aktus, tehát pl. vízzel vagy akár forró vízzel átmossák a tűt (mert ezek a módszerek nem fertőtlenítenek). A fertőtlenítés – pl. fertőtlenítő oldatban történő kimosás – a megkérdezettek körében ritka. Ez valószínűleg azzal van összefüggésben, hogy Magyarországon viszonylag könnyen beszerezhetők a fecskendők gyógyszertárakból, illetve interjúalanyaink esetében a tűcsere programból, míg a fertőtlenítőszer nehezebben. Sokan a fertőtlenítés technikáját nem is ismerik, illetve semmilyen fertőtlenítésben sem bíznak. A fertőtlenítés úgy sem szokásos, hogy valaki többször használja a tűjét, és az egyes alkalmak között fertőtleníti. Ilyenkor általában megelégednek azzal, hogy vízzel átmossák.

P15: 1903.txt - 15:12 (194:195)

Codes: [övét más használta] [ő másét használta]

I: Igen. Az enyémmel már szúrt a haver és a barátnő. Én viszont csak a barátnőm fecsijével szúrtam.

P 6: 1523.txt - 6:12 (235:237)

Codes: [fecsi fertőtlenítés]

K: Te például – mondjuk – a haverod szúr és utána odaadja neked vagy fordítva...

I: Ja! Akkor vízzel, vízzel kimosom és kész.

Az interjú-alanyok között sokkal ritkábban fordult elő, hogy a megkérdezett valaki más tűjét használta. Ezt magyarázhatjuk azzal, hogy az interjúalanyok nagy része a tűcsere program kliensei közül került ki, de azzal is, hogy az interjú készítőinek így akartak megfelelni. Mindenesetre sajátos aszimmetria figyelhető meg: jóval többen beszámoltak arról, hogy az ő tűiket mások használták, míg ők nem használták másokét.

P33: drog2805.txt - 33:6 (207:222)

Codes: [hepa c] [ő másét használta]

K: Veled előfordult már ilyen, hogy valaki máséval szúrtál?

I: Hát, én csak ezzel a sráccal szoktam.

K: Tehát másét nem.

I: Igen.

K: Miért?

I: Hát, szerintem ez jogos félelem. Ki tudja? Mindenki azt mondja, hogy énnekem semmi bajom, és honnan tudja?

K: Mi az, amitől konkrétan félsz?

I: Mindentől. Végül is, nem tudom. Így konkrétan nem jutott eszembe, hogy mi lenne, hogyha AIDS-es lennék, de hát végül is benne van a pakliban.

11: 1704.txt - 11:21 (573:581)

Codes: [övét más használta]

K: Mikor szúrt valakit utánad vagy előtted utoljára ugyanazzal a fecskendővel fertőtlenítés nélkül?

I: Már a fertőtlenítésbe a vízmosás az nem tartozik bele, hogy simán kimosod vízzel, nem?

K: Hát azzal marhára nem fertőtlenítet.

I: Tudom, hogy forralni meg forralt víz meg minden.

K: Még az se biztos.

I: Hát két hete és három napja körülbelül.

Közös szűrő

A közös szűrő jelentette fertőzési kockázatokkal az interjúalanyok nagy része nincs tisztában. Erre utal az is, hogy gyakran elajándékozzák a szűrőt (ami még bizonyos mennyiségű heroint tartalmaz), illetve néha még néhány egységet bele is fecskendeznek. Néha a szűrő adásvételével is találkoztunk, néhány száz forintos árban. A szűrő általában arra elég, hogy az elvonási tüneteket csillapítsa. Találkoztunk olyan esettel is, hogy a diler összegyűjtötte a használt „zsíros”, „lucskos” (nagyobb heroin mennyiséget tartalmazó) szűrőket, és odaadta annak a vásárlójának, akinek éppen nem volt pénze heroint vásárolni. A vásárlót megtartó taktika veszélye, hogy a szűrővel a fertőzés is átadódhat.

P 1: 1505.txt - 1:15 (254:277)

Codes: [szűrőt ki kapta]

K: Volt? Ki kapta a szűrőt?

I: Aki a legjobban harácsolt érte.

K: Azért kérdezem, mert eddig mindenki értelmetlenül nézett rám, mikor ezt megkérdeztem. Tehát soha senkinél eddig nem volt jelentősége. Tehát aki a legjobban harácsolt érte, az...?

I: Tudom, hogy reggel nem megyek sehová, mert lusta leszek, és beteg leszek.

Relatív reggel. Nekem reggel.

K: Relatív reggel hozzád került a szűrő?

I: Akkor én azt eltettem, és akkor mondtam, hogy cicám, most megyünk aludni.

Reggel meg ébresztettem, hogy kész van a cucc.

P11: 1704.txt - 11:15 (473:477)

Codes: [szűrőt ki kapta]

I: Hát ki kapja a szűrőt? Mondjuk hogyha valakinek nincs benne pénze, és többen vagyunk és rosszul van, akkor odaadjuk neki a szűrőt. Vagy pedig az, akinek a legtöbb pénze van benne. A szűrőn nem szoktunk igazából veszekedni, mert nem egy olyan nagy szám.

P35: drog3302.txt - 35:10 (557:590)

Codes: [drogelosztás] [elvonás] [közös szűrő]

K: Olyan volt-e, hogy valakivel vagy valakikkel együtt közösen vásároltatok vagy szereztetek drogot, tehát egy adagot vagy kettőt, és hogyha ez történt, akkor általában hogyan osztottátok meg?

I: Hát, egy kanálban megcsináltuk, és akkor úgy elharmadoltuk vagy feleztünk, ahányan voltunk.

K: Tehát mondjuk voltatok négyen vagy hárman, a kanálban elkészítettétek az egészet?

I: Igen. És kiszámítottuk, hogy mennyi vizet kell hozzá tenni, hogy mindenkinek mondjuk, húsz egység legyen. És akkor úgy megfőztük, és akkor mindenki egy szűrőből...

K: Egy szűrőn keresztül a saját pumpájával...?

I: Igen. Gondolom, így kaphattam el, egyébként... [a hepatitisz C-t]

Közös vizesedény

A vizesedény szolgál arra, hogy belőle veszik a drogot elkészítéséhez a vizet, illetve benne mossák ki a használt fecskendőt. A vizesedény használat ritkább, általában csapból vagy vécéből veszik a vizet (fecskendővel, hogy a csapból kiáradó víz sugara ne mossa szét a drogot).

P38: drog1517.txt - 38:6 (940:944)

Codes: [hepa c] [közös vizesedény]

I: Amióta így tudják, hogy én hepás vagyok, nem szoktunk közös vizes edényt használni.

K: És előtte volt?

I: Előtte volt, persze. Előtte csak az volt. De az olyan emberekkel, akikről tudtuk, hogy egyik sem beteg.

A hepatitisz C kivédésére irányuló stratégiák

A következőkben arról lesz szó, hogy mi történik akkor, ha valaki megtudja, hogy hepatitisz C fertőzött. Ugyanitt tárgyaljuk azokat az eseteket is, amikor a társaságban valakiről kiderül, hogy fertőzött. Végül, általánosabb érvennyel itt foglalkozunk azzal is,

hogy az interjúalanyok mit gondolnak arról, mit tennének, ha kiderülne, hogy környezetükben valaki hepatitisz C fertőzött.

P 5: 1522.txt - 5:3 (653:708)

Codes: [hepa c]

I: Egyszer nagyon nagy mákom volt. Ezzel a mákteás emberrel összecseréltük a tűinket, és az övével szúrtam. Hepatitis C-s. Azonnal...nem azonnal...egy hónap múlva, mert lappang a hepatitis nagyon sokáig, orvoshoz elmentem. Negatív az eredmény. És utána rá majdnem egy évre, mikor börtönbe kerültem, akkor is csináltak ott is tesztet, és ott is negatív. Ezt nagyon megúsztam.

P 7: 1701.txt - 7:23 (483:506)

Codes: [hepa c]

Miután megtudtam? Nem. Akkor még nem derült ki. Nekem fogalmam sem volt róla, mert – mint mondtam – én más után nem nyomtam, az az egy srác volt, és végül is csak utána derült ki az, hogy hepás vagyok. Úgyhogy utána meg aztán főleg. Még a kupakomat se adtam oda senkinek. Tehát semmit. Se szűrőt, semmit nem adok oda senkinek. Úgyhogy minden, amit én használok, az csak az enyém. Még hogyha az lenne, hogy akármilyen rosszul lennék, hogyha egy napig nem nyomhatnék, akkor sem. És én máséval sem.

P 9: 1702.txt - 9:20 (289:297)

Codes: [hepa c]

K: Van-e olyan ismerősöd, aki hepa C-s?

I: Persze!

K: És változtatott valamit a szűrásos szokásaitokon, amikor ez kiderült?

I: Nem! Nem. Előtte se nagyon közösködtünk. Senki nem szerette. Néha előfordult egy-egy társaságban, de nem igazán volt jellemző. Annak ellenére sajnos terjed ez a szarság. De hát ez van. Aki ezzel foglalkozik, azt vállalnia kell.

Az interjúrészletekből is – miként a többi interjúból is – az a kép bontakozik ki, hogy a megkérdezettek ismerik a hepatitisz C fertőzést és a fertőzés átadásának módját. Ellene a steril eszközökkel tesznek: steril tű, csak általuk használt kanál és szűrő. Mint láttuk, éppen a szűrő kapcsán ez a következetesség nem érvényesül. A hepatitisz C fertőzött – a

beszámolók szerint, legalábbis – óvatosabb lesz, hogy másokat ne fertőzzön meg. A kisebb létszámú társaságok tagjai általában tudják és számon tartják egymásról, hogy van-e fertőzött közöttük. Találkoztunk olyanokkal is, akik együtt mentek szűrővizsgálatra. Az „idegenek”, a kevésbé ismertek fertőzöttségi státusza azonban bizonytalansági tényező: van, aki megmondja, de sokszor a fertőzött nem törődik a többiekkel, nem közli ezt a többiekkel. Ebből is fakad egy bizonytalanság, ami az „idegenekkel” történő közös használatot korlátozza. Megfigyelhető egyfajta fatalizmus is: a fertőzés megszerzése „benne van a pakliban”, „ha szerencsém van, nem kapom meg”, „eddig szerencsém volt” és nem kaptam meg. Aki megkapja, az „megérdemli”.

P 2: 1508.txt - 2:10 (570:578)

Codes: [hepa c] [segítség nincs]

K: És változtatna valamin, hogyha megtudná, hogy van valaki, aki hepatitis C fertőzött az ismerősei között?

I: Mit változtassak? Rajtam sem segít senki, tehát velem sem foglalkozik senki.

Akkor én mért foglalkozzak másokkal.

P 5: 1522.txt - 5:3 (653:708)

Codes: [hepa c]

K: Ismerőseid között van-e hepatitis C fertőzött?

I: Van. Nem is egy.

K: Min változtat az, hogyha valakiről megtudod vagy megtudtad, hogy fertőzött?

I: Semmit. Sőt! Még HÍV pozitív ismerősöm is van. Semmit nem változtat.

K: És hogyha van köztetek akár hepatitis C, akár HÍV pozitív fertőzött, akkor

hogyan szúrtok pontosan, mi az, amire figyeltek? I: Hát arra, hogy használt fecskendő ne kerüljön a kanálba, amikor közösen szívjuk fel vagy dobozba.

Ilyeneken tök jók nevetek ilyenén, hogy AIDS-es az ember. Hát ha steril tű van nála, és úgy szívja föl, hát a fertőzésveszély a nullával egyenlő.

K: Tehát ugyanúgy, ha közösen vagytok, akkor egy kanálból vagy valamilyen más melegítőeszközből szívjátok fel, de ugyanakkor mindig figyeltek arra, hogy külön tű legyen? Legalábbis attól külön tű, aki fertőzött? I: És nemcsak az, hogy külön tű, hanem steril. Új, vadonatúj tű.

P 6: 1523.txt - 6:32 (312:341)

Codes: [hepa c]

K: És le tudjátok egyáltalán ezt egymásról venni, hogy valami nem stimmel? Vagy ezt mindenki maga mondja el?

I: Mindenki maga mondja el.

K: És eddig mindig megtörtént ez a színvallás?

I: Mindig.

K: Tehát soha nem titkolta az illető?

I: Nem. Most is például itt az osztályon szólt egy srác, hogy van neki egy fecsije, tudunk szűrni, de ő hepás.

P17: drog0001.txt - 17:21 (253:279)

Codes: [hepa c]

K: És hogyha van egy hepatitiszes közöttetek, akkor hogyan szúrtok, mégis, mire figyeltek, amikor együtt szúrtok? Akkor mi az, amire figyeltek?

I: Olyankor általában meg szoktuk kérni, hogy... mit tudom én, ha egy ember van, vagy több hepás van, akkor előbb szúrjanak azok, akik nem, és utána szúrjanak ők, és így biztos, hogy elkerüljük a fertőzést.

K: És utána mit csináltok azzal a tűvel, amivel a hepás szúrt?

I: Ő is... az én környezetemben biztos, hogy mindenki letöri a tűt, vagy megsemmisíti a fecskendőt. Azzal még egyszer szűrni nem lehet, az biztos. Ők is azért odafigyelnek erre.

Ehelyütt csak utalunk arra, hogy míg a vérrel történő fertőzés lehetősége közismertnek tekinthető, addig a szexuális úton történő terjedést az interjú-alanyok jelentős része bagatellizálja. Csak egy, jellegzetes idézetet mutatunk be ebben a tárgykörben:

P38: drog1517.txt - 38:12 (1236:1243)

Codes: [hepa c]

K: Figyelj! A hepatitisz, az nemi úton, testnedvekkkel, és vérrel terjed. Van, aki abszolút nemi úton kapja el.

I: Van, de megkérdeztem, és direkt utánajártam. Ez egy pontos adat, 1:400-hoz az esély arra, hogy te elkapd.

K: És mi van, hogyha a partnerednek pont az az 1:400-hoz bejön?

I: Az baj.

Sokszor találkoztunk a fertőzött fecskendő, sőt általában a használt fecskendő megsemmisítésével: a tű eltörésével használhatatlanná teszik, továbbá becsomagolva a kukába dobják. Máskor a tűcsere programba viszik vissza. Utóbbinak azonban veszélye van: a rendőrség igazoltathatja őket, és ha tűt találnak náluk (akár újat, akár használtat), az már a droghasználat gyanújele, amit vizeletvizsgálat és büntetőeljárás követ. Tehát ezért a fecskendők összegyűjtésére kevesen és ritkán vállalkoznak. Ugyanakkor tűt sem nagyon hordanak maguknál, ami a mások által használt tűk alkalmazásának a lehetőségét jelentheti.

1. táblázat. Hepatitisz (C) menedzselési stratégiák⁹

MAGATARTÁS VÁLTOZTATÁS

Technikai váltás

Nem szúrnak közösen

Hepás után nem szúrnak

Hepás szűr utoljára

Egy ember osztja el steril fecskendővel

Vigyázás (gondoskodás egymásról)

Mindenki elmondja (ha fertőzött), vigyáznak egymásra

Ha vki megtudja, hogy fertőzött, vigyáz a többiekre

Mindenki magán segít

NINCS VÁLTOZTATÁS

„Sorstársak”

Mindenki fertőzött, együtt szúrnak

Fatalizmus

Nem érdekli

Nem fél

Nem ismeri a hepatitiszt

Reméli, hogy nem történik meg vele

⁹ Lásd még: Gyarmathy és mtsai, 2006; Rácz, 2005c.

Tapasztalataink alapján a hepatitisz C fertőzések menedzselésével kapcsolatban különböző kontrolláló, illetve a kontrollra vonatkozó erőfeszítést állapítottunk meg az injekciózással kapcsolatban. A legtöbb meginterjúvált változtatott injekciós szokásain: általában valamilyen technikai változás következett be, aminek következtében nem szúr közösen, nem használ közös tűt. Mások elmondják, ha fertőzöttek, ezzel a többieket „védik”, „vigyáznak rájuk” – ilyenkor sem használnak közös tűt. Másik lehetőség, hogy a közös kanálból a fertőzött szúr utoljára. Akik a fertőzés megtudása után nem változtattak szokásaikon, vagy akik feltételezték, hogy ha megtudnák, hogy fertőzöttek, nem változtatnának, egy „úgy is mindegy”, már úgysem lehet változtatni beletörődés jelent meg. Megjelent az a vélekedés is, hogy ez része a „játéknak”, „az elvonás az úr”, olyankor úgysem lehetne megakadályozni a közös injekciós használatot. Ezek a megállapítások hasonlóak ahhoz, amit mások is megállapítottak, pl. „kockázatmenedzselő technikák” (Loxley, 1998, 2000) vagy „forráselosztó stratégiák” (Miller és Neaigus, 2001, 2002) címszavak alatt. A válaszolók többsége aktív menedzselési technikát fogalmazott meg a hepatitisz C-vel kapcsolatban, ami ismét a droghasználó mint aktív ágens megközelítést támasztja alá.

A legtöbb interjúalany változtatott injekciós szokásain: általában valamilyen technikai változás következett be, aminek következtében nem szúr közösen, nem használ közös tűt. Mások elmondják, ha fertőzöttek, ezzel a többieket „védik”, „vigyáznak rájuk” – ilyenkor sem használnak közös tűt. Másik lehetőség, hogy a közös kanálból a fertőzött szúr utoljára. Akik a fertőzés megtudása után nem változtattak szokásaikon, vagy akik feltételezték, hogy ha megtudnák, hogy fertőzöttek, nem változtatnának, egy „úgy is mindegy”, már úgysem lehet változtatni beletörődés jelent meg. Megjelent az a vélekedés is, hogy ez része a „játéknak”, „az elvonás az úr”, olyankor úgysem lehetne megakadályozni a közös injekciós használatot. A válaszolók többsége aktív menedzselési technikát fogalmazott meg a hepatitisz C-vel kapcsolatban, ami ismét a droghasználó mint aktív ágens megközelítést támasztja alá.

Az elvonás kockázatai, az elvonás menedzselése

Az elvonás minden szempontból kockázati helyzetnek tekinthető. Az elvonásban levő idegenekkel társul, hogy drogot kapjon – gyakran nincs pénze, tehát csak a szűrőt (esetleg még néhány egységet) kapja meg, ami a fertőzés szempontjából kockázati tényező. Ő lesz az, aki utoljára szúr, esetleg – ha a helyzet úgy hozza – más tűjével, még akkor is, ha tudja, hogy az illető hepatitisz C fertőzött. Sokszor a tünetei miatt nem is tudja magának

beadni az injekciót, ilyenkor más adja be neki (esetleg használt tűvel). Az interjúkból azonban az is kiderül, hogy az elvonásra fel lehet készülni, az elvonás megelőzhető vagy legalábbis menedzselhető. Az elvonás megelőzése és menedzselése azonban már egy olyan terület, ami külön kifejtést igényel, ezért ezzel ehelyütt nem foglalkozunk.

P11: 1704.txt - 11:1 (59:74)

Codes: [elvonás] [más adta be]

K: Milyen rendszeresen szívta-e cigit?

I: Úgy két naponta. Először mondjuk egy héten kétszer, utána két naponta, három naponta. Így. Utána meg a végén minden nap. És így ültem a lépcsőn, és egyszer csak így éreztem – nyár volt –, hogy ráz a hideg, folyik az orrom, meg minden bajom van meg fáj a hátam. És rákérdeztem a haveromtól, hogy mi van? Meg vagyok fázva? Tök jó idő van. És akkor mondtad, hogy te hülye, ez elvonás. szerezzél pénzt és szerzek neked heroint vagy pedig megdöglesz az elvonásban. Szó szerint. És akkor szereztem ezer forintot, annyit adtam bele és másnapra tette félre nekem, és az már injekciós tűben volt félretéve. És fölmentem érte, és akkor így kihozta nekem injekciós tűben. És kérdeztem, hogy mi ez? Hát én szívom. Mondta, hogy csak így tudta elfelezni. Kell vagy megdöglesz az elvonástól?

P11: 1704.txt - 11:13 (452:460)

Codes: [elvonás] [övét más használta]

„Például volt barátom egy órát várt az anyagra, meglett az anyag meg minden és azért, hogy ne párologjon el a cucc, elkérte az én tűmet. De én mondtam neki, hogy de én nem adom oda, mert C-s vagyok – ez most volt egy olyan... mielőtt befeküdtem ide – és ő mondtá, hogy nem érdekli, nem érdekli, nem érdekli. És így szó szerint kicsavarta a kezemből a tűt. Az elvonás az úr – ilyenkor azt mondják. Az elvonás nagy úr.”

Következtetések¹⁰

A kvalitatív vizsgálatokból kiderült, hogy még a látszólag leginkább dezorganizált szcena, az *utcai dzsánkik világa*, milyen szervezett: még ha a szerveződés legfontosabb alapját a drog megszerzése, elosztása és alkalmazása jelenti is. Ez adja a *fertőzés kronotoposztát* is: a közös megszerzés és elosztás, valamint az ezekhez kapcsolódó – többnyire – publikus, de marginalizált terek és idők (délután, éjszaka). Érdekes, hogy a drogelosztás – a drog és egyes eszközök *cseréje*, esetenként *ajándékozása* – milyen középponti jelentőségű az interjúalanyok életében. Ha ehhez hozzávesszük a marihuána-használók közismert – ámbar csak az esetek egy részére igaz – közös, körbeadott „*joint*”-ját (már maga a szó is ezt a közösségi láncot fejezi ki), ami felfogható csereként, ajándékként is, hasonlóan a partiszcena drogajándékozásához (szimbolikus cserek, „*potlecs*” [Maus 2000]), akkor kiderül, hogy ezek a formák ma is milyen fontos szerepet töltenek be ezekben a törvény által sújtott közösségek létrejöttében. Az anonim piaci csere mellett párhuzamosan létező csere, illetve ajándékozás folyamatát egy *közösség* és egy *szimbolikus rend* (valójában mindkét fogalmat többes számban kellene használnom) létrehozójaként tekinthetem. Az már csak külön érdekesség, hogy *Derrida* (hivatkozik rá Orbán [1994]) az ajándék/méreg szavak kettősségére utalt – korábban említettem *Derrida* szintén kettős jelentésű *pharmakon* („drog”) értelmezését. A drogok cseréje és ajándékozása külön kifejtést igényelne, de e helyett visszatérek az injekciózás folyamatához!

Az interjúkból kiderült, hogy a droghasználók milyen *jelentéseket* tulajdonítanak a közös, illetve a megosztott használatnak az egyes szituációkban. A szakirodalom szerint kezdetben csak az volt érthető, hogy az osztott használatra akkor került sor, ha a droghasználó észlelése szerint azonnali szüksége volt az injekcióra, és nem volt elegendő fecskendő. Később az osztott használatról kiderült, hogy ez a droghasználók jellegzetes viselkedése, mely a személyes kapcsolat- és viszonyrendszer részét képezi. A legtöbb megosztás szexuális partnerek vagy barátok, családtagok között fordult elő. A megosztás így *szituáció- és kapcsolatfüggő*: a közösség, az összetartozás érzésének kifejezője

¹⁰ Lásd még: Rácz, 2004, 2005b.

ezekben a viszonylatokban (lásd Rácz 1995, 2002a, 2004). A *fertőzés kronotoposza* az injekciós használók szerint a közösség megjelenése (közös vásárlás, elosztás, segítség a „betegnek”, azaz az elvonásban levőnek), de megjelenik a „farkastörvény”: az erőszak is. Az ismétlődések sora inkább a kalandhoz teszi hasonlatossá a jelenséget, a kontroll nélküli, élvezetközpontú karneváli jelleg szinte egyáltalán nem jelenik meg. Az injekciós droghasználók – különösen az utcai dzsánkik – világa nagyon különbözik a drog elosztásának pontosan kiszámított egységeitől. Szinte ez az egyetlen pont, amikor a *számok* pontosságát és megbízhatóságát emelik be a teljes bizonytalanságról szóló életükbe. Szintén ez az a pont – a drog elosztása –, ahol az énem – nem mint szerző – be tud lépni a történetbe és kapcsolatot tud létesíteni az interjúalannal és az általa elbeszélte társakkal. Azonban ez a kapcsolat nem dialogikus; a külső megfigyelői pozíció belsővé, de ismét csak megfigyelőivé válik. Az interjúk olvasásakor pedig végig érzem az *it-ifying* jelenségét: a szemlélődővé dermesztés folyamatát. Felfoghatjuk ezt egy *érvédő mechanizmusnak* is: a dzsánkik kiszolgáltatott és kiszámíthatatlan, a többségi társadalom normáinak sorozatos megsértéséből álló világával szemben.

A kelet-európai országokban (elsősorban Oroszországban) kialakuló gyors HIV terjedéssel összefüggő injekciós kockázatokra *Tim Rhodes* dolgozott ki egy leíró rendszert: a *kockázati környezet* fogalmát (Rhodes és mtsai, 2002, 2003, 2005; Rhodes 1997, 2002; Rhodes és Simic, 2005). A „*kockázati környezet*” összefügg makrotársadalmi hatásokkal és azok gyors változásával, a rendőrség stratégiájával az injekciós droghasználók (konkrétan a fecskendőt maguknál tartó injekciós használók) vonatkozásában, valamint proximális tényezőkkel. Utóbbiak kiterjednek az injekciós használat és a heroin injekciós alkalmazásának gyors diffúziójára, a drog-előállítás és -terjesztés helyi módszereire, valamint az injekciós droghasználathoz társuló kockázati magatartási normákkal. *Rhodes* és munkatársai (2003) a tű- és fecskendő-megosztással kapcsolatban a következő kockázati szituációs faktorokat sorolja fel: elvonás, a biztonság észlelése, az injekciós szereléssel kapcsolatos problémák, injektált drogok, fecskendő-elosztásra, -árusításra szolgáló üzletek, valamint a rendőrségi eljárástól való félelem.

Vizsgálatunkban az osztott, közös használat előfordult, azonban a legtöbb megkérdezett tisztában volt ennek veszélyeivel, így ezeket a magatartásokat minimalizálni igyekezett: például fecskendőt tartott magánál, előkészületeket végzett a drog alkalmazására – például steril tűt szerzett be. A drogoldat közös elosztása, illetve közös elkészítése azért olyan

gyakori a megkérdezettek körében, mert ritkán fordul elő, hogy valakinek egyszerre meglegyen az egységnyi pakett megvásárlásához szükséges pénze. A heroint pedig folyékony formában lehet pontosan elosztani, tehát szükségessé válik a *közös elkészítés*. A közös vásárlás, illetve a közösen vásárolt drog elosztása miatt gyakoriak a kockázati magatartások egyes formái: a közös főzőedény (esetleg vízesedény), a közös szűrő használata. A közös vásárlás ugyanakkor a droghasználat *kontrollálására irányuló kísérletként* is felfogható; ilyenkor kevesebb drogot vesznek, előkészületeket tesznek a használatra, az is droghoz jut, akinek nincs, vagy nincs elegendő pénze – ezzel az elvonást, és az elvonás következtében előálló sürgető, kockázati magatartásokhoz vezető állapotokat kerülik el. A közös vásárlás, a közös elkészítés és használat a droghasználat *ritualizálódásaként* is jellemezhető a rendszeresen együtthasználók köreiben. Grund (1993) szerint a droghasználók (heroinfogyasztók) rítusai az adott dózisú drog előnyeit maximálták, a droghasználat szintjét *menedzselték*, egyensúlyozták a droghasználat pozitív és negatív hatásai között, valamint megelőzték a másodlagos problémákat (pl. HIV viselkedéseket). Grund (1993) vizsgálatai szerint a *drog közös elosztása* középponti jelentőségű („*sharing ritual*”), míg a tűk hasonló rituális elosztását („*ritual needle sharing*”) nem látta bizonyítottnak vizsgálati körében. A droghasználatához kapcsolódó rítusok a droghasználat szociális kontextusát határozzák meg. Ezek a rítusok és szabályok a rendszeres droghasználók életét és a drogokkal kapcsolatos élményeit is szabályozzák. A droghasználat kontrollálására szolgáló menedzselési technikák – és maga a droghasználat is – felfoghatók, mint a dzsánkik bizonytalanságokkal, véletlenekkel telített, kaotikus életének szabályozására tett kísérletek is. A *bizonytalan, kaotikus életvitel* oka, de következménye is a dzsánki életnek. A bizonytalanság és a megalázottság érzése, a rendkívül rossz énkép, én-felfogás, ami az én és az egyéni sors feletti kontroll elvesztésével jár, közösen okai annak, amit Katz (1988) a „devianciák” *csábítás-elméletének* nevez.

Tapasztalataim szerint míg a közös túhasználatot az interjú-alanyok kockázatosnak és elkerülendőnek tartják (nem alakult ki rituális megosztás sem), addig a közös főzőedény, a közös szűrő alkalmazását kevésbé; jóllehet, közös szűrőt is csak „jobb híján”, elvonásban használnak, vagy ha valakinek nincs annyi pénze, hogy a vásárlásba beszálljon. Ezek a – sokszor periférikusabb, szervezetlenebb, előkészületeket nehezebben tevő – droghasználók az elvonások kialakulása révén *veszélyeztetettebb helyzetben* vannak. Ők lesznek ugyanis azok, akik közös szűrőt használnak, esetleg más után tűt is. A

közös használat (és elkészítés), többnyire saját tűkkel pszichoszociálisan jól jellemezhető körülmények között, illetve társulásokban figyelhetők meg. Itt egyes tényezők növelik a kockázatot (pl. szex drogért csere), mások csökkentik: például zártabb csoport droghasználata esetén jobban figyelnek egymásra és ismerik egymás fertőzöttségét is. A korábban „kelet-európai” jellegzetesként leírt megosztási formákkal (házilagos készítés, fecskendőben történő adás-vétel, vér hozzákeverése a heroin-oldathoz [Rhodes és mtsai 1999a]) nem találkoztunk. A *rendőrség tűkkel kapcsolatos politikája* (a tű bizonyíték a kábítószer-használattal összefüggő bűncselekmények gyanújához) növeli a fertőzés kockázatát: a megkérdezettek nem szívesen hordanak magukkal tűket; ugyanígy, a tűcsere program számára sem szívesen gyűjtenek össze használt tűket.

A droghasználat ritualizáltságával kapcsolatos tapasztalatok arra utalnak, hogy a rendszeres intravénás droghasználók élete nem annyira kontrollálatlan, mint az a kurrens betegség-modellek (pl. APA 1994) feltételezik. Ez a *relatív „kontrolláltság”*, pontosabban: *kontrollra törekvés*, jobb prognózist jelent az ártalomcsökkentő intervenciók számára: hiszen a viselkedésváltozásnak nagyobb esélyt adnak, mint a kontrollvesztésen alapuló modellek.

Az *ártalomcsökkentő intervenciók* tervezésekor ezeket a tapasztalatokat figyelembe lehet venni. Ezek aláhúzzák annak fontosságát, hogy a gyógyszertárakban korlátozás nélkül lehessen tűkhöz hozzájutni, ugyanígy a tűcsere programok jelentőségét is (lásd Rácz, 2005b). A gyógyszertárakból történő tűhozzáférés lehetőségét, sajnos, állandóan ki kell jelenteni, mert szinte mindig akad olyan szakmai csoport – ha csökkenő számban is –, amely ezt korlátozni akarja. A tűcsere programokkal kapcsolatban pedig éppen mostanában fogalmazott meg az ügyészség bizonyos aggályokat: mintegy *törvényen kívül* helyezve a tűcsere-programok munkatársait. Magyarországon több mint 10 éve vannak tűcsere programok – miként szerte Európában –, ezért az eljárás példátlanul mondható. Amit mi *ártalomcsökkentésnek*, a *fertőző betegségek megelőzésének* gondolunk, azt mások *bűnsegédi magatartásnak*, amivel a droghasználatot az adott személy elősegíti. Nincs itt hely e nézet cáfolatára, de – a tűcsere programokat egyébként ellenző – USA egyik kormányszerve is megállapította már vagy 10 éve, hogy a programoknak nincs ilyen hatása, a WHO és a UNAIDS, az Európai Unióról nem is beszélve, támogatja ezeket a programokat. Itt eltértem a témámtól, de az esemény alkalmas arra, hogy elképzeljük, milyen közegben élnek a *dzsánkik*, ha még a segítőik sem lehetnek (jog)biztonságban!

A tűcsere programoknak információátadó jelentőségük van (*biztonságosabb injekciózás*), még olyan droghasználói körben is, akik egyáltalán nem, vagy a vizsgálat idején nem vették igénybe szolgáltatásait. A zártabb baráti körök tagjai óvatosabbak; ugyanakkor ide nehezebb hiteles információkat eljuttatni, kialakulhat az a téves elképzelés, hogy mivel a kör zárt, védettek. Ugyanis előfordul, hogy valaki mégis a körön kívüli személlyel „véletlenül” megosztja tűjét, vagy szexuális kapcsolatot létesít óvszer-használat nélkül, így megfertőződve a kör tagjait is megfertőzheti. Az információk célzott eljuttatása mellett a „*sorstárs*” (*peer*) programok hatékonyak (mint hiteles információközvetítők), továbbá a *szűrési* lehetőségek számát kell növelni és hozzáférhetőségüket javítani: a megkérdezettek viszonylag rendszeresen vesznek részt szűréseken, sőt, körükben erre nagyobb igény is lenne (lásd: Gyarmathy, Rácz, Neaigus és Ujhelyi, 2004). Az információátadásban külön hangsúlyt érdemes fektetni az indirekt megosztásra: a közös főzőedény és a közös szűrő jelentette fertőzési kockázatokra.

A kelet-európai országokban tapasztalható „*kockázati környezet*” (Rhodes és mtsai, 2002, 2003, 2005; Rhodes, 1997, 2002; Rhodes és Simic, 2005) fogalmával összefüggésben ilyen súlyos helyzetet Magyarországon nem tapasztaltunk: elsősorban a helyi előállítás és a fecskendőben történő terjesztés, valamint az injekciós droghasználat nagy arányú diffúziója a „technológia” oldaláról az, ami nálunk nem tapasztalható. Ennél valószínűleg jelentősebb tényező, hogy Magyarországon elmaradt a „kockázati környezet” makrotársadalmi jellemzőinek kialakulása: a gyors populációcsere, az egészségügy és a közegészségügy összeomlása, a gazdaság, a kultúra és a társadalom – például Oroszországban tapasztalható - leépülése, összeomlása. A magyar, ártalomcsökkentő elemeket is tartalmazó *drogpolitika*, a *nemzeti drogstratégia* további folytatása feltehetően megakadályozza a fertőző betegségek olyan mérvű terjedését, amint azt a kelet-európai országokban tapasztaljuk.

Az ágensia

Az ágensia első megfogalmazása *Bakan* (1966) nevéhez fűződik, aki „az ágensiával és a kommunionnal az élőlények két alapvető létmódját jellemezte: az ágensia mint individuum létezése, a kommunion pedig mint az individuum részvétele valamilyen nagyobb organizmusban, amelynek az individuum csak része. Az ágensia önvédelemben, önérvényesítésben és önkiterjesztésben (*self-expansion*), míg a kommunion abban nyilvánul meg, hogy az individuum egységérzésében más organizmusokkal. Az ágensia szeparációban, a kommunion a szeparáció hiányában mutatkozik meg. Az ágensia továbbá izolációban, elidegenedésben és egyedüllétben nyilvánul meg, a kommunion kontaktusban, nyitottságban és egységben. Az ágensia valaminek a sürgető elsajátítását, uralmat jelent, a kommunion pedig nem-szerződésen alapuló kooperációt.” (Bakan 1966: 14–15.). Ezt a két létmódot mint két tematikus életnarratíva nyalábot is felfoghatjuk, melyek mindegyike fontos életcél, kötődést, szükségletet és vágyat fogalmaz meg. *McAdams* (1985) (*McAdams, Hoffman, Mansfield és Day* 1996) véleménye szerint e két jellemző az életnarratívák két centrális fölérendelt tematikus nyalábja. Mindkettő az emberek életében kiemelkedő, és különösen azokban az elbeszélésekben vizsgálható, melyek *McAdams* (1985) „nukleáris epizódoknak” nevezett: olyan elkülönülő élettörténeti epizódok, mint az élettörténet „fent” és „lent pontjai”, fordulópontjai vagy a legkorábbi emlékei.

Variációk az ágensiára

Carlson (1988) a jóvátévéssel, *helyrehozással (redemption)* kapcsolatban dolgozott ki egy kódrendszert. Megfigyelései szerint vannak olyan élettörténeti narratívumok, melyek azt a szekvenciát követik, hogy valami rossz vagy érzelmileg negatív történik a protagonistával, amit jó vagy érzelmileg pozitív történés követ. A kiindulási negatív állapotot a protagonista „helyrehozta”, „jóvátette”. Jellemzői: 1. a jóvátételi kép/fantázia tér; 2. a felfokozott ágensia; 3. a felfokozott kommunion és a végső kérdések (4.). Minket most az ágensia szemszögéből érdekel ez a speciális narratíva. *McAdams* és munkatársai ennek az ellenkezőjét „kontaminációnak” nevezik, amikor valami jó rosszra fordul: viktimizáció, veszteség, megcsalás, kudarc, betegség vagy sérülés, kiábrándulás, elégedetlenség (valami megelőző jóhoz viszonyítva) stb. A jóvátétellel szemben nem pusztán annak az ellenkezője, mert a kontamináció során az első, jó élmény is „beszennyeződik”, értékét veszti akkor, amikor a

második, rossz dolog bekövetkezik. Ez a „visszahatás” különbözteti meg a jóvátételtől, ahol a második esemény/dolog nem befolyásolja az első megítélését. A <http://www.sesp.northwestern.edu/foley/research/> címen a *Foley Research Centre, McAdams* és munkatársai ágenciával kapcsolatos kódolási utasításait tartalmazza (lásd még az ágencia kódolásánál és a mcadamsi élettörténeti interjúnál).

Az ágencia fogalmát kritikák érték abból a megközelítésből, hogy racionális, „választó” személyt feltételez, aki választását racionális szempontok vezetik, szemben a társadalmi gyakorlatok tudatosságot nem mindig elérő áramával, amivel gyakorlatilag a *tudattalan* megközelítés „light” verzióját állítják szembe a racionális szubjektummal. Azért írok „light” verzióról, mert a fogalom önmagában nem implicálja a pszichoanalitikus megközelítést (Hollway és Jefferson, 2005).

Egy másik megközelítés a *személyiségfejlődést* állítja előtérbe. *Polkinghorne* nyomán *Ezzy* (2000) a személyiségfejlődés történeteit két fő kategóriára osztja: *agens* és *áldozat* (passzív) forgatókönyvekre (*plot*). Előbbi esetén a protagonista pontosan tudja, mit akar elérni, megérti, hogy a szándékolt cselekvései hogyan járulnak hozzá a teljesítményéhez, és biztos abban, hogy befejezi az általa indított cselekményeket és eléri céljait. Az áldozat forgatókönyv a protagonista passzív szerepét hangsúlyozza, aki képtelen kontrollálni az életét, és elsősorban az vezeti, hogyan tudja a negatív következményeket elkerülni, mint az, hogyan tudná a pozitívakat elérni. Úgy érzi, az életét alakító körülmények túl vannak a személyes kontrollján; mások és a véletlen határozza meg az élete kimenetét, és sikere vagy kudarca olyan tényezőktől függ, melyeket nem képes megváltoztatni. *Ezzy* hivatkozik *Holstein* és *Millerre* is, akik szerint az áldozati konstrukció előtérbe helyezi, ahogy mások vagy személytelen erők az adott személyt befolyásolták: a viktimizáció az adott személy felelősség alóli felmentése, írják. Ez azt jelenti, hogy az áldozat megszabadul a kudarctól és a jó céljait, és ideáit megőrzi. Nem a felelősség tagadását látják a folyamatban, hanem a személy integritásának fenntartására tett kísérletet. Ugyanakkor a felelősségtől megszabadulásnak ára van: olyan személy képe alakul ki, aki nem mindig ura az életének és olyan, mások által kivitelezett igazolható intervenció alanya, amely az ő érdekeit szolgálja.

Ezzy (2000) saját vizsgálataiban állásukat veszítő személyek narratíváival foglalkozott. Az előbbi gondolatmenetnek megfelelően két típust azonosított: a *hősiest* (agens) narratívát, amely szerint a protagonista aktív intervenciókat tesz életkörülményei megváltoztatására:

kreatív, önmagát kontrolláló. A munkanélküliség *tragikus* (áldozat) narratívái – míg a protagonista gyakran a „szerzője” a tevékenységének –, a külső megfigyelő azt érzékeli, hogy a maga a narratíva végül maga alá temeti a karaktert, aki (amely) végül megadja magát az események elkerülhetetlen sorozatának. A tragikus sors vagy az egyén kontrollján kívüli erők okolása fontos retorikai célokat szolgál. Newman (1988) lefele mobil menedzserek között figyelte meg, hogy ilyen retorikai eszköz volt, hogy a menedzserek egy *balsorsú csoport*hoz tartozónak vallották magukat. Newman ezt „*sors kategóriának*” nevezte; ez egyfajta racionális magyarázat lehet a személyes sors számára és az önértékelés védelme, ahogy azt az előbb is láttuk. Ezzy (2000) szerint az egyének néha autonóm ágensként ábrázolják magukat, aki kontrollálja az életét, máskor pedig védtelen áldozatként a sorsukkal vagy a rajtuk kívül levő erőkkel szemben. Ezzy véleménye szerint ez részben attól is függ, hogy az adott személyek milyen narratív struktúrával rendelkeznek. A heroikus narratívák az ágenciát hangsúlyozzák, a tragikus történetek pedig a külső erők befolyását. A két narratíva azonban nem kizárólagos és egynemű. Newman is leírt például olyan tragikus elbeszélésű menedzsereket, akik önmagukat okolták (a két narratíva összecsúsztása).

Megkülönböztetnek még „*szélsőséges*” (*unmitigated*) ágenciát is (Helgeson és Fritz, 2000), melyre az önző, szélsőségesen önérvényesítő magatartás a jellemző. Hasonlóképpen a szélsőséges kommuniorra pedig a másoknak történő alávetés, a többiek „*kiszolgálása*” jellemző.

Az *ágencia hiánya*, vagy a későbbi életszakaszokban történő *elvesztése, elsorvadása*: a *hatalom nélküliség* (*powerlessness*) érzésének kialakulása. Gyakran együttjár a *(ön)felmentéssel* (*excuse*) (felmentés) és az *(ön)igazolással* (*justification*): előbbi esetén az adott személy elismeri a tettet, csak a felelősséget tagadja, utóbbinál elfogadja a felelősséget, csak a tett negatív (antiszociális, normasértő) kvalitását tagadja (Scott és Lyman, 1968).

Rhodes és Cusick (2002) ezt még kiegészítik a *fatalizmussal*, azaz a hatalomnélküliség tragikus karakterével; az egyéni sors iránti *nihilista közömbösséggel*, illetve a *felelősség megosztásával*, az „*elítélő elítélésével*” (Sykes és Matza, 1993 nyomán). Ezek mind mentesítenek a felelősségvállalás alól – aminek sokszor túlélést elősegítő szerepe is lehet. Rhodes és Cusick (2002) felhívják a figyelmet a „*sors*” kifejezés használatára az egyéni beszámolóokban (*account*): a kifejezés felbukkanása utalhat a személyes kontroll elvesztésére, a „*véletlen*” hatalmára, a kockázati társadalom kiszámíthatatlanságára, vagy saját

vizsgálatukban HIV pozitív személyek ellenállására a kockázatot kiemelő preventív üzenetekkel szemben.

Mindezek előrebocsátásával most már megvizsgálhatjuk az *ágencia és a narrativitás viszonyát* (Kemp 2003 nyomán)!

Négy típust különböztethetünk meg:

1. A beszélő ágenciája viszi előre a narrativizáció diskurzív folyamatát. A személyes tapasztalat narrativizációs folyamatban fejeződik ki, és a tapasztalat reflexív interpretációja az ágencia kifejeződése a taylori hermeneutikai értelemben.
2. A narratíva egy beszédaktus, és mint ilyen, társas ereje van: pl. magyarázat, legitimáció, igazolás, meggyőzés, a megértés elősegítése.
3. A narratíva leírja az ágenciát: a narratívát arra használják, hogy egy tevékenységet, egy társadalmi kapcsolatot leírjanak vele, azaz események és színterek sorozatával, melyben az előbbiek megtörténnek, vagy megjelennek. A forgatókönyv (*plot*) hordozza a tevékenységet, az előrehaladást; rajta keresztül a kontextus és az ágencia dinamikus kapcsolata ábrázolható, megragadható.
4. A beszélők a társadalmuk kollektív narratíváihoz fordulhatnak, amelyek segítségével megalkotják az elmondandó történetüket, élettörténetüket és én-narratíváikat. A nyilvános narratívák kifejezik a társadalom alapvető értékeit, azt, hogy mi a fontos. A diskurzív gyakorlatokban való részvétellel, amely gyakorlatok az ilyen narratívákat alkalmazzák, az emberek megalkotják és értelmezik magukat társadalmi pozíciójukhoz képest. Például a *szorongás* egy pszichológiai idióma, amelyen keresztül a nyugati társadalmakban a képzett emberek kifejezik emocionális distresszüket. A szomatizáció is előfordul, mely részben legalábbis, ellenáll az orvosi magyarázatnak, és sokszor önmagában pszichiátriai betegségnek tartják (Kemp [2003] Escobar és Jadhav munkáira hivatkozik). A *pszichológiai idiómák* (pl. szorongás, depresszió, düh) az euro-amerikai, szelfről folyó diskurzus részei, mely azt a szelf képet fejezi ki, hogy az én a társas-társadalmi kötelékeitől szabad, autonóm, „egyényt” és pszichologizált.

Az ágencia nyelvi-hermeneutikai konstitúciójáról kapcsolatos interkulturális tapasztalatok azért érdekesek, mert a droghasználói életút-történetekben – feltehetően – gyakrabban találkozunk a „szokásostól” eltérő, „átpszichologizált”, medikalizált történetekkel; ilyeneket

Davies (1997) „*drugspeak*”, „*drogos beszéd*” elnevezés alatt említ (lásd később!). Némelykor ezt az „átpsychologizálást” és medikalizálást le kell – pontosabban – kellene fejtenünk a történetekről ahhoz, hogy narratív struktúrájuk előttünk álljon, akár az ágenciával kapcsolatban is.

Pulkkinen és Aaltonen (2003) hangsúlyozzák, hogy az ágencia és a narráció intencionalitása egyben a cselekvő *morális identitását* és a szelfet mint *morális ágens*t is létrehozza. Az ágencia kapcsolatba hozható az „*elszámoltathatósággal*” (*accountability*) és a felelősséggel, amit cselekedetei kapcsán másokkal összefüggésben tesz. Ez a felelősség a narrációban akkor jelenik meg, amikor a narrátor a szelfjét és cselekedeteit úgy pozicionálja, hogy azok valahogyan viszonyuljanak a külső és a belső helyzetekhez. A szerzők azt a reflexív momentumot emelik ki, amikor a megélt, megtapasztalt élet-történétté alakul; szerintük ez az ágencia-konstrukció alapkérdése is. *Fonagyra* hivatkozva, ebben a folyamatban kiemelik a *saját* mentális állapotokhoz való hozzáférést, és a tapasztalatokhoz való viszony kialakítását. A saját mentális állapotokhoz való hozzáférés, ami az emlékezet egy speciális típusa, pl. az alkoholos vagy más szerhez kapcsolódó „*filmszakadás*” (memóriazavar) esetén különösen érdekes! A narrátor reflexív tudatosságát vizsgáljuk ekkor, mely elválaszthatatlan attól a tudatosságtól, amire vonatkozik. A tapasztalatok narratívái így explicit visszaemlékezések és implicit memória folyamatok – a szerzők tehát itt a pszichoanalitikus elméletek fényében a tudatosság körén kívül eső emlékek szerepét is hangsúlyozzák a narratívák létrejöttében.

Pulkkinen és Aaltonen (2003) saját vizsgálataiban alkoholos befolyásoltság alatt autót vezetőkkel foglalkozott, akik ezzel bűncselekményt követtek el, és pszichoterápiába kerültek. A szerzők célja az ágencia, az *ágencia* és a *felelősség* fogalmának tanulmányozása volt (utóbbi kettő, mint láttuk, nem is különíthető el egymástól). Az egyik részeg vezető esetében a *Rorty-féle diszfunkcionális ágencia* fogalmat használják, amikor a szelf tudatában van, hogy egy általa nem preferált tevékenységet végez a preferált helyett. Ami a vizsgálatban – sok egyéb mellett – fontos, az a konkrét helyzet és az emlékezet szerepe egy olyan történet elmesélésében, ami törvényszegésnek minősül, és amitől végsősoron a résztvevők is „elhatárolták” magukat. De éppen ennek az „elhatárolódásnak” a folyamata, a narrációban a felelősségteljes ágencia kialakulása az érdekes!

Larkin és Griffiths (2004) tanulmányukban a *kockázatvállaló és az ágencia viszonyát* elemzik. A kockázatvállaló kifejezést teszik először vizsgálat tárgyává, és ahogy erről már többször szó

esett, felhívják a figyelmet arra, hogy a modern diskurzusokban ez a veszélyességgel analóg kifejezés. Azonban mint ellenállás is értelmezhető – sok más értelme mellett. Megvizsgálhatjuk, hogy a kockázatvállalás például az arousal változás szempontjából mennyire jutalmazó (pl. a növekedése jutalom a kockázatvállalónak), illetve kontextuális hatásokkal is számolhatunk: a kockázatvállaló tevékenységével mennyire fejezi ki ellenállását a külvilággal kapcsolatos motivációja szempontjából. A szerzők saját vizsgálatukban kockázatvállalókat hasonlítottak össze: az egyik csoport kockázatvállalása társadalmilag elfogadott: *bungee-jumperek*, a másiké nem: Ecstasy-használók. Az ő beszámolóikat elemezték egy kategóriarendszer segítségével, aminek két fő alkotóeleme volt: a „használat” (értve mindkét magatartás) kezdete és fennmaradása, valamint a kockázat és az élvezet menedzselése. A szerzők szerint ezek a tényezők az identitással állnak kapcsolatban. Az élvezet lehet jól megszolgált jutalom, de lehet az öntudatosságtól való menekülés útja is. A kockázatvállalás lehet az én számára gondos, biztonságnövelő tény is, de lehet a tagadás fenyegetése is.

A szerzők szerint a kockázat iránti orientáció ilyen pozitív, szándékolt és azt kívánó megközelítése *Beck* kockázati társadalom fogalmát megkérdőjelezi. Nála a jó állampolgár kockázatmentes. Itt viszont – a szerzők vizsgálatában – a *kockázat élvezet*, jutalom, kulturális identitás, társas részvétel, a konvencióknak való ellenállás eszköze volt – egyik vagy másik, vagy akár mindegyik is. A kockázatvállalás nem egyszerűen „normális” a vizsgált személyeknek; „abnormitása” hozzátartozik a határátlépéshez, amit megtestesítenek, de közben biztonságos gyakorlatokat is alkalmaznak, ezért pusztán ellenállásként sem foghatók fel. A szerzők szerint két megközelítésből érthetők meg ezek a viselkedések: hozzáférést biztosítanak mind a kíváncsi identitáshoz, mind a megváltozott érzelmi- és tudatállapotokhoz. Szerintük a kutatás ahhoz is hozzájárul, hogy egyes személyek miért érzik úgy, hogy ezekben a kockázatos, de jutalmazó tevékenységekben nem akaratlagos, kontextus-, és nem-rationális döntésfüggő módon vegyenek részt. Miért fordul elő, hogy egyes személyek még akkor is megmaradnak ezeknél a viselkedéseknél, amikor a káruk, költségük, már meghaladja az általuk nyújtott előnyöket?

Ágencia történetek¹¹

Előljáróban meg kell jegyezni, hogy az ágencia kódolására is érvényesnek tartom a *fuzzy-logika* használatát: azaz egy kijelentés nem ágens vagy nem-agens, hanem lehet kicsit, nagyon, kicsit-nagyon vagy akár „nem tudom” módon ágens. A szövegkörnyezet dönti el, hogy a „jobban” vagy „kicsit nagyon” ágens kijelentést végül ágenciaként kódolom vagy sem. Ezért a következő példák esetében vitatkozni lehet, helyesen kódolta-e a kódoló ágenciaként az interjúalany adott kijelentését vagy sem. Míg én arra kényszerülök, hogy viszonylag rövid idézetekkel mutassam be az ágencia megjelenését az interjúkban, a kódoló számára az egész interjú szövege ott volt, sőt, több esetben a kódolók olyan interjúkat kódoltak, melyeket maguk készítettek. Az interjúkészítés implicit tapasztalata – egészes élménye – is hozzájárulhatott egy-egy szokatlanabb kódolási megoldáshoz.

Kontamináció, áldozati és tragikus narratíva

Injekciós használóknál gyakran találkoztunk *kontamináció* típusú megfogalmazásokkal: a múltbeli cselekedetek – vagy a múlt mint egy egészes élmény – folyamatosan beszennyezi az egyén jelenbeli életét, sőt a jövőjét is meghatározza. Ha volt is jó a gyermekkorban, vagy a későbbi életkorban, az már visszavonhatatlanul „beszennyeződött”, és ez érvényes a ma történő vagy a holnap történő eseményekre is. Az elbeszélő áldozatnak tekinti magát (ezt megfogalmazza vagy nem, de utóbbi esetben is érzékelteti), nem tudja az életét kontrollálni, a narratíva tragikus.

A 33 éves, injekciós heroin-használó *Palinál* láttuk azt, ahogy a gyermekkorra egy pontjától kezdve minden rosszra fordult:

„Hát gyerekkoromban... Tizen-tizennégy éves koromig még jó voltam, jó fiú voltam. Utána megszöktem az intézetből, akkor attól a perctől kezdve, nem tudom, maga az életem úgy megváltozott. És utána voltam úgy, hogy 16 évesen javítóintézetbe vittek. Ottan volt az, hogy mutattak nekünk egy ilyen drogos filmet. És abban láttam azt,

¹¹ Lásd: Rácz, 2007.

hogy először a szipuzás meg a hasis meg ezek. És akkor elkezdtem a szipuzást 88. december 21-én., és utána 92-ben jött a hasis, 94-ben jött a marihuána, a füves cigi, 98-ban jött a heroin.”

„Nem, hanem, maga azt, hogy az életszakaszomat nem az határozza meg mondjuk, csak az, hogy nem tudok dűlőre jutni az életemben, hogy.. Ha volna, ha lennének lehetőségek ahhoz, hogy haza tudnék menni a nővéremékhez vagy valakihez. De nem tudom, nekem van az mondjuk, hogy a barátaimat nézem. És azok is ugyanabba a cipőbe járnak mint én. Ugyanaz: drogosok és az utcán vannak. És úgyhogy, nem tudom. Megmondom az őszintét.”

„És amikor kijöttem (a börtönből), nem tudtam mást csinálni. Kinn, kikerültem vissza az utcára. Ugyanúgy folytattam azt, amit elkezdtem. Pedig a börtönben még tervezgettem is, hogy jó, most abbahagyom a drogot, haza megyek, megváltozok, munka meg minden. Dehát nem. Nem nem nem, nem valósítottam meg azt az álmot, amit szerettem volna. Az lett volna a legszebb, tényleg, hogy abba hagyni tényleg, és akkor mást, mást csinálni. De nem tudtam mást.”

„Magam én csesztem el ezt az, ezt az életet különben, mert hogy elkezdtem újra az izét meg ilyenek, meg visszamentem a barátaimhoz. Ha nem mentem volna vissza a barátaimhoz, akkor jelenleg még lehet, otthon lennék még most is a nővéreméknél vagy a bátyáméknál. Amit tényleg azt mondhatom, a nővérem, hogy Marci a hevesen, bort ittam meg ilyenek. Érted? Építkezési vállalkozó a sógorom, nyugodtan dolgozhatnak mellette. De, én hülye fejjel, nem.”

„De, most is így vagyok, nincs mit tennem. Csak ilyen, én azt mondom, hogy semmittevő vagyok!”

„Nehéz leállni róla. Ez tudod, hogy lenne jó, hogy leállnál róla? Hogyha elterelnének egy olyan szigetre, ahol nincsenek ilyen dolgok. De akkor is meg tudod csinálni, mert hogyha valaki már ismeri a növényeket, és megmondja, hogy ebből a növényből már mi jön ki, érted. Milyen gyanta-anyag, vagy valami, akkor is tudja. A dióba is van, akkor még a krumpliban is van olyan anyag, amit a kábítószerbe felhasználnak. Komolyan!”

„Ezt nem csak 24 óra alatt lehet el-el, megtudni, hogy nincsen (drog), tudod, hogy most érted, már egyből lehet tudni, rá egy ilyen 5-6 óra múlva, ilyenkor kell, érted?! Amikor elmegy az ember, belövi magát, igaz, hogy akkor elkezd, mondjuk van vonal (díler) 10 órakor vagy 11 órakor belövi, utána úgy is van, hogy kell újra, érted? Kimész tarhálni, mert kell újra, kell újra, kell újra. Érted, utána megint jön három óra-négy órakor, utána megint kell egy este nyolc óra. Érted? Utána arra törekedni, hogy másnap meglegyen. És ez már három.”

K: Arról mesélsz még, hogy mit jelent számodra a drog?

I: Nekem a, számomra a drog, az egy élmény. Érted? Mert nem tudok nélküle élni. Ez egy olyan, hogy másnak az, hogy kicsit tudjon vezetni, érted? Én meg magamat vezetem. Saját önmagam. Már nem tudom, már nem tudom azt mondani, hogy tegyem le. Nem tudom letenni, mert nem tudom letenni. Akkor tudnám letenni, mikor azt mondanám, hogy pff meghalok. És akkor már tudom, hogy itt a vége az egésznek.

Korábban az olyan típusú kijelentésekről is volt szó, hogy „nem tudok nélküle élni” (a drog nélkül) és egy mondattal később: „én meg magamat vezetem”, utána pedig: „nem tudom letenni”. Az ágens és az ágens hiánya, a felmentés *összcillálása* az, ami a narratíva sajátos előrelendülését okozza. Megfigyelhetjük az „*elszegényedett*” narratívát (impoverished; Dimaggio és mtsai, 2003), ami az elbeszélő narratív tájképének beszűkülésére utal, következményesen pedig arra, hogy tevékenységei limitáltak, célt tévesztettek és inadekvátak lesznek.

Pali az ágensre utaló jellemzők ellenére inkább egy sodródó, kontroll nélküli, vagy a kontrollról már lemondott személyként, áldozatként pozicionálja magát. Ugyan *Pali* sorozatosan az interjúzóhoz fordul („érted?”), valójában monologikusan beszél: az elbeszélői nézőpontot látjuk, amihez az elbeszélés perspektívája igazodik: a sodródás, az ágens hiánya, az ágens és az ágens hiánya magyarázatai. *Pali* „hangját” mint elbeszélőét nem halljuk, pontosabban csak a tónusát: a lemondó, magát nagyon negatívan értékelő hangot. Majd még a *Frank-féle káosz-narratíva* esetén látunk hasonlót: történetek, „sztorik” sorát, amelyekből mintegy hiányzik az elbeszélő. *Palira* azonban nem a káosz-narratíva jellemző, hanem az *áldozati*. Az áldozati narratíva, vagy az áldozatként való pozicionálás – korábban mások által idézett – szerepét látjuk itt: lehetőséget ad *Palinak*, hogy énjét, akár csak áldozatként is, de

megjelenítse. A káosz-narratíva még erre sem ad igazán lehetőséget. A bemutatott idézeteknél, persze, egyoldalúan jártam el, amikor a kérdező kérdéseit nem idéztem. De *Pali* története ezek nélkül is érthető; interjúalany és kérdező között nem alakul ki dialógus, ami nélkül nem értenénk *Pali* reakcióit. *Genette* (hivatkozik rá Tátrai [2000]) nyomán tettem különbséget az elbeszélői nézőpont és az elbeszélői hang között, de utalok szintén Tátrai (2000) *Benveniste* magyarázatára; a „discourse” és a „histoire” közötti különbségre: előbbi esetén az elbeszélés elbeszélőt és közönséget feltételez, utóbbinál mintha az események saját magukat mondanák el. Ezt nagyon kifejezetten látjuk olyan esetekben, amikor valaki a drogkarrierjéről beszél, *Palinál* is: mikor, milyen drogokat használt: *drogmonológokat* hallunk, mintha a drogok perspektívájából – a *drogalitás* felől - ismernénk meg az adott személy élettörténetét. *Palinál* a „mert kell újra, kell újra, kell újra” jelenidejűsége mintegy feketelyukként szippantja be a narratívát, és rombolja le, teszi tönkre a narratíva addig felépített elemeit. Az angol *craving-et* sóvárgásnak fordítjuk. Sóvárgást látunk itt? *Pali* sóvárog a drog iránt? Elvonási tünetei vannak – de hiszen épp nincsenek. A *kell* vagy az *újra* hangsúlyosabb a kijelentésben? A *kell* jelenidejűsége lerombolja az *újra* jövőidejűségét, és fordítva: a jövőidő elvész a *kell* jelenében. Retorikailag ettől válik pusztítóvá a kijelentés: a két szó érvényteleníti egymást és a beszélő *hangját*.

Az ágens és az interjúkészítő pozícionálása

Az alábbi interjúrészlet egyszerű példa arra, hogy miért kell figyelembe vennünk az interjúkészítő és az interjúalany között zajló diskurzus részleteit:

K: Még most is? És azt láttad-e, hogy hogyan készítik?

I: Persze.

K: Na hogyan készítették?

I: Sima víz, speed.

K: Feloldották?

I: Persze.

K: Bele egy kanálba, fölmelegítették.

I: Szűrő. Melegíteni speedet? Soha ne melegíts, mert akkor vége. Akkor vizet szúrsz.

K: Bocsánat. Azt a heroinnál... viszont kell melegíteni.

I: Persze. Citrompótlóval. Az csak azzal jó.

K: Tehát nem melegítették. És ti szűrőnek mit használtatok?

I: Tiszta cigiből a filtert.

K: Ezt viszont szeretném megkérdezni, hogy szűrőnek csak filtert lehet használni?

I: Lehet vattát is, csak az rosszabb, mert eltömődhet tőle. Bármit gyakorlatilag, ami ilyesmi.

K: És akkor a szűrőn át fölszívták a túbe a speedet.

I: Persze.

K: És akkor beszúrták, ezt is kicsit visszahúzni, hogy keveredjen vérrel?

I: Így van.

K: És akkor betolták neked.

I: Igen. (1504 interjú)

Az interjúrészből az interjúalany ágenciájára nem lehet következtetni; de nem azért, mert nincs, hanem mert az interjúkészítő annyira „ágensként” viselkedik, miközben egy szakértői szerepben pozicionálja magát, hogy az interjúalany számára csak szinte az igen – nem válaszadás lehetősége marad. Ebből a szempontból az a „jó” interjú, ha az interjúalany van lehetősége egyfajta „szakértőként” pozicionálni magát (aki az injekciós droghasználat „szakértője”). Az ilyen interjúk „hibák” és „torzítások” átdolgozását szolgálták az interjúkészítők számára tartott rendszeres szupervíziós foglalkozások.

A felmentés és az igazolás értelmezése

A „beszámolókat” (*accounts*) olyan magyarázatnak tekinthetjük, amikor valaki olyasmiről beszél, amit rossznak, nem vártak, elítélendőnek tartanak (Austin 1979). Ezek olyan verbális stratégiák, melyek csökkentik a felelősséget vagy a vádolást, melyet a cselekmény elkövetőjének tulajdonítanak (Scott és Lyman, 1968). Az igazolás és a felmentés közötti kapcsolatot többen vizsgálták. *Riordan* és munkatársai (1983) szerint az igazolásból az aktor karakterére könnyebben lehet következtetni, mint a felmentésből. *McLaughlin* és munkatársai (1983) szerint a felmentések veszélyeztetik a beszámolót szolgáltató „arcát”, önbecsülését, önértékelését, míg az igazolások ugyanezt teszik a hallgatóval: hiszen a hallgató kimondott vagy feltételezett valóságát kérdőjelezi meg. *Riordan* (1987) szerint az igazolás kevésbé hatékony súlyosabb határátlépéseknél, normasértéseknél, mint a felmentés. *Itoi* (1996) szerint pedig a felmentés olyan helyzetekben fordult elő többször, ahol az észlelt kár nagyobb volt. Az adott beszámoló sikeressége, hatékonysága nagyban függ a magyarázatot adó és a hallgató viszonyától, a szóban forgó cselekménytől és a korábbi magyarázatoktól.

A felmentés tehát az adott cselekmény (ágencia) elfogadása, de a felelősség tagadása vagy csökkentése (pl. be voltam rúgva). Az igazolás a cselekmény (ágencia) más színben történő feltűntetése; „tulajdonképpen” nem is azt csináltam (a fű nem is kábítószer), de a felelősséget elismerem.

Felmentések

K: Volt-e már túladagolásod?

I: Volt.

K: És mért volt?

I: Túl jó volt a cucc. 1504

„Hát a legeslegelső az nem eszembe jutott, hanem - tudod – az ismerőseim végül is, akik úgy izé megkérdezték, hogy... mert ők már akkor régebb óta csinálták. És mászkáltunk egy ideig, nekem soha nem kellett, és valahogy egyszer úgy sor került rá, hogy végül is barátnőm által én is kipróbáltam.” 1702

K: Ha nem kerülsz be intézetbe, hanem rendesen nevelkedsz, akkor alakulhatott volna másként?

I: Szerintem, akkor is ugyanitt lennék, ahol most vagyok [hajléktalan injekciós heroinhasználó]. Ez egy, nem tudom. Mondjam azt, hogy születési rendellenesség? Szabadságvágy. Hát, ha tehetném, mennék, aztán forradalmat csinálnék, mint Che Gevara. K2

Igazolások

„Hát a legeslegelső csak úgy felmerült a gondolat, hogy ki kéne próbálni, hogy mért ne, abból nem lehet semmi.” 2802

„Nem. Addig nem tartom fontosnak elmondani nekik [szexuális partnereinek], amíg nem vagyok vagy hepás, vagy AIDS-es. Szóval az, hogy intravénásan drogot használok, az egészen addig nem tartozik rájuk.” Drog0001

„És tetszett. Én nem szoktam olyan sűrűn csinálni [injekciós droghasználat]. Ritkán. Csinálok két-három napig, utána egy jó pár napig nem csinálom. Néha nem kell egy hétig, két hétig. Drog0003

I: Esetleg annyi, hogy mindig kitisztítom a fecskendőt, mielőtt eldobom.

K: Hogy tisztítod ki?

I: Beleszívok vizet, erősen kinyomom belőle, aztán eldobom.

K: Letöröd a végét vagy nem?

I: Nem szoktam. Áthajítom egy bokor mélyére. Szóval úgy dobom el, hogy bárki, gyerek, vagy akárki, ne találhassa meg. 1710

K: Neked volt már túlادagolásod? Tehát gyakran adagoltad túl magad?

I: Kétszer. De nem volt veszélyes.

K: És az hogy történt? Miért?

I: Belőttem magam, kicsit sokat lőttem, elaludtam, három óra múlva fölkeltem. 3301

K: Hány éves vagy?

I: 32. Szóval úgy nem fogok élni, hogy reggel felkeljek, elmenjek dolgozni, este haza menjek, egy sör aztán alvás.

K: Miért?

I: Mert nem, mert nekem az nem jön be.

K: Nem jön be?

I: Csináltam. Hát most volt egy három évig leálltam a cuccról, hát majdnem három, másfél évig. Reggel felkeltem, elmentem dolgozni, dísznövény kertészetben dolgoztam, meg néha a X. parkban természetvédőként. Aztán rájöttem. Hát jó, a természetvédelem az még be is jött, de szóval ez a minden napi robot, olyan monoton volt, hogy ugyanazt csináljam. Az nem jön be viszont. Szeretem a növényeket, az állatokat, azokkal szívesen eldolgózok, de az, hogy minden napi robotként, hogy reggel hétre bemegyek, vagy nyolcra és akkor ott lenni négyig vagy ötig, az, az nem.

K2

„Jó, volt bennünk rosszaság, hogy mondjam, de ez mindenki benne van.” 3301

(Kiegészítve a Pomerantz-féle – 1986 - extrém eset formulációval)

A felmentés – bár a felelősséget tagadja – mégis „kedvezőbb” helyzet például egy későbbi intervenció számára. Ebben az esetben a „valóságot” az interjúalany elfogadja, csak a

felelősségét nem. Könnyebb a felelősséget belátni, mint az alternatív valóság koncepciót átdolgozni, mint ami az igazolás esetén a helyzet. Itt a „valóságot”, a tettet értelmezi át az interjúalany, amit tett, az nem is injekciós használat „csak” egy egyszerű kíváncsiság, próba, nem is szokott másnak anyagot szerezni, csak nagyon ritkán – és látjuk, ez a ritka, valójában mennyire gyakori lehet. A cselekmény megváltozott *értelmezési keretben* történő felfogása az interjúalany számára kedvezőbb, ugyanakkor szándékos. Nem arról van szó, hogy egyszerűen másképp értelmezi a valóságot, mert a „feltételezett” cselekmény („amit nem követett el”) normasértő voltával tisztában van. Az igazolások könnyen rendszerbe szerveződhetnek, és azt a benyomást keltik, hogy egy alternatív világlátásról van szó. Holott éppen az igazolások előfordulása, megfogalmazása mutatja, hogy nem egy alternatív világképről van szó.

Injekciós használók esetében több *felmentés* típusú magyarázattal találkoztunk, mint az összes, más típusú droghasználónál. Az előzőek fényében ez érthető: az injekciós – többnyire heroin – használat a társadalmi többség számára nagyon elítélt, amit az interjúalany is tud. Az injekciós használat több éve folyó tény sorozatát nehezebb igazolni – mint akár az alkalmi, akár a rendszeres egyéb droghasználatot („a fű nem is drog”). A sorozatosan felmentésekhez folyamodó injekciós használónak már nincs veszténivalója az önértékelése terén: általában nagyon negatív énképű személyekkel találkoztunk. Ezt erősítette fel a hatalom nélküiség (*empowerment*), az élet – nemcsak a droghasználat – kontrollálhatatlanságának érzése (lásd még Katz, 1988), a „sors” és a „véletlenek” szerepe, a fatalizmus és a nihilizmus kifejezése, ahogy utóbbi kifejezéseket Rhodes és Cusick (2002) használta az előzőekben ismertetett tanulmányukban.

Felmentés és kezelésbe kerülés

Különösen magas volt a felmentés aránya a kórházi osztályokon és ambulanciákon készült interjúk esetében – ilyenkor az interjú a kezelés megkezdése utáni néhány napban készült. A felmentés, ami tehát a „tény” elfogadását és a felelősség elutastását jelenti, itt leegyszerűsítve kb. azt, hogy „igen, én drogos vagyok, de nem tehetek róla”. Ez a „nem tehetek róla” nagyon sokféle lehetett: a barátok, társak hatása, a függőség (és az elvonás) egyenlő: betegszerep, az áldozat és „sorsüldözött” szerep, az „öngyógyítás”. Davies (1997) „*drugspeaknek*”, drogos beszédnek nevezi azt a fajta – nevezzük így a pszichologizálást és a felmentést –, amikor droghasználók elsősorban olyan kifejezéseket használnak droghasználatuk és annak folytatódásának leírására, illetve magyarázatára, hogy elvonásom volt, sóvárogtam, függő

lettem, kontrollvesztő lettem stb., azaz, a droghasználatra “nem szándékosan” került sor, mivel a használó „nem ura” az akaratának, és ezért lemond a felelősségről (de a büntudatról és a szégyenről is), illetve azt – a felelősséget és élete irányítását, ha időlegesen is, de - medikális szakembereknek adja át. *Davies* (1993) egyébként ezt korábban igen erőteljesen is megfogalmazta, amikor az „*addikció mítoszáról*” írt: nevezetesen, szerinte olyan, hogy addikció (függőség), nem létezik, azt – elsősorban droghasználók és a velük foglalkozó szakemberek – állítják elő a mindennapi, droghasználatról folyó diskurzusaikban. Amit *Davies* hangsúlyoz – és ebben különbözik az antipszichiátriai irányoktól –, az a személyes felelősség, döntés, akarat kérdése bizonyos helyzetekben (ahol a pszichoaktív-szer-használat esélye nagy), illetve olyan emberekkel kapcsolatban, akik pszichoaktív-szereket használnak, hogy megszabaduljanak az előzőekben is említett felelősségtől, büntudattól, szégyentől. Amit most kiemelek ebből a gondolatmenetből, az az, hogy az injekciós droghasználók kezelésbe kerülve, “előszeretettel” alkalmazzák a felmentés jellegű magyarázatokat. Ez a kezelést megkönnyíti – hiszen “elismerik” droghasználatukat, sőt annak intenzív voltát is –, ami viszont a kezelést megnehezíti, az az, hogy abban kevés személyes felelősséget látnak.

Kíváncsiság

A droghasználat kipróbálásával, elkezdésével kapcsolatos kérdőíves vizsgálatok visszatérő válasza arra a kérdésre, miért próbálta ki a kábítószereket a megkérdezett, a *kíváncsiság* szokott lenni. Budapesti középiskolások reprezentatív mintáján 2003-ban az első illegitim szer-kipróbálást (ami 82,3%-ban a marihuána vagy a hasis volt) 75,8%-ban a kíváncsisággal magyarázták a megkérdezettek (Paksi és Elekes, 2004). Az Egyesült Államokban 1975 óta folyó „*Monitoring the Future*” legitim és illegitim szerekekkel kapcsolatos – elsősorban a középiskolásokat érintő – vizsgálat kutatói is megállapították összefoglaló munkájukban, hogy a „fiataloknak mindegyik új generációjának meg kell tanulnia azokat az okokat, hogy miért *ne* használjon drogokat. Egyébként, a természetes kíváncsiság és az új tapasztalatok iránti vágy drogok használatához vezeti őket.” (Johnston és mtsai 2005: 36., kiemelés az eredetiben) Más kutatások szintén kiemelik a kíváncsiság és a kortárs csoport szerepét (általában a kettőt együtt, de elkülönülő tényezőként), serdülők, fiatalok és fiatal felnőttek esetében, különböző szociokulturális háttér esetén, továbbá különböző pszichoaktív szereknél is (pl. Gjeruldsen, Myrvang, Opjordsmoen, 2003, Jang és mtsai, 2001, Oxford és mtsai, 2001, Westermeyer, Wahmanholm és Thuras, 2001, Holmberg, 1985, Madianos és mtsai, 1995, Obot, Wagner és Anthony, 2001, De Micheli és Formigoni, 2002, Wolf és mtsai, 1995, Calafat és mtsai 1998, Pierce és mtsai, 2005).

Levy és mtsai (2005) Ecstasy használók *fókuszcsoportjában* kvalitatív módszerekkel is vizsgálta a droghasználat motívumait, amik között a kíváncsiság jelentős szerepet játszott. A fogalom további analízisét azonban nem végezte el. Calafat és mtsai (1998) szintén az Ecstasy esetében annak szociális reprezentációját vizsgálták, és megállapították, hogy főleg a használat terjedésének első szakaszában e reprezentáció jellegzetessége volt a kíváncsiság (a későbbiekben e faktor szerepe csökkent, ahogy előtérbe kerültek és váltak a szociális reprezentáció részévé a szer negatív hatásai).

Vajon mit jelent ez a kíváncsiság? A kérdőíves vizsgálatokból, ahol több felsorolt ok, többek között a kíváncsiság mellé csak egy x-et kell tenni, nem derül ki, mi mindent jelenthet ez a válasz. A tanulmányban a fogalom lehetséges jelentéseit próbálom meghatározni egy, illegitim droghasználókkal készített interjú vizsgálatorozat részeként. A „kíváncsiság”

megnevezés – hiszen ez szerepel a kérdőíves válaszlehetőségek között – mellett azonban a kíváncsiság különböző *konstruktumait* is át kell tekintenem.

Morális-teológiai nézőpont

A keresztény irodalomban a kíváncsiság (*curiositas*) *Ágostonnál* jelenik meg, mint a három fő bűn egyike (a test gyönyörűsége, *uoluptas carnis* és a gőg, *superbia* mellett). A kíváncsiság a leginkább a szemén keresztül érvényesül; itt Ágoston Krisztus megkísértését elemzi, kíváncsiságnak azt tartja, amikor a kísértő Sátán arra buzdítja Krisztust, hogy vesse le magát a templom ormáról, hogy vajon elkapják-e az angyalok (Ágoston: *Ennarationes in Psalmos*, elemzi Pesthy, 2005). Ágoston az, akinél a kísértések immár nem kívülről, a démonoktól vagy a Sátántól jön, hanem az emberi természet része lett a bűnre való csábítás, a bűnre való hajlam (*concupiscentia*), azaz a kísértés minden formája, amivel szemben az emberi akaratnak nem sok esélye marad (ezt főleg a *Confession*-ban fejt ki – Pesthy, 2005).

Benedict (2001) a kíváncsiság fogalmát a korai modern Angliában vizsgálja. Míg a középkorban a kíváncsiság egy fajta perverzió volt, mely a kíváncsit szörnyeteggé tette, már a 18. században megjelent egy ezzel ellentétes értelmezés is, mely a rejtett vágyak megismerését és a fizikai univerzum magyarázatát tette lehetővé. E században a kíváncsiság e két ellentét között mozgott, míg a modern korban, a „tudós” figurájának megjelenésével egyértelműen pozitív színezetet kapott, a modernitáshoz és a haladáshoz kapcsolódott fogalmilag. *Benedict* (2001) szerint ugyanakkor a kíváncsiság a femininitáshoz is kapcsolódott. Szintén egy érdekes kettősség jött létre, most már a férfi-nő binaritásnak megfelelően: az előzőhöz a kíváncsiság mint a természet felderítésén és a férfi kontrollon keresztül kapcsolódott, a nőiséghez pedig a szexuális kíváncsiságon keresztül, a női gyengeséghez. A kíváncsiság ugyanakkor osztályjelleget is öltött (itt egy foucaulti gondolatmenettel találkozunk a szerző részéről): az írástudó elit számára kiváltság, míg a köz (*public*) számára kontrollálandó tulajdonságként jelent meg. *Kenny* (2004) hasonló korszakban, németföldi és francia források alapján tanulmányozta a kíváncsiságot, és *Benedictéhez* (2001) hasonló következtetésekre jutott: a kíváncsiság episztemológiájával és morális felfogásával kapcsolatban a korai modern kor diskurzusában alapvető fordulat történt: a kíváncsiság elvesztette – mondjuk így leegyszerűsítve – negatív, bűnös (lásd Ágostonnál!) jellegét. *Kenny* (2004) a „kíváncsiságok kultúrájának” kialakulásáról beszél. A kíváncsi (személy) helyét a „kíváncsiságok”, a kíváncsi, azaz érdekes dolgok és történetek váltották

fel, szintén jelentősen átalakítva a fogalom jelentését és episztemiológiáját. A kíváncsiság egy következő lépésben a szubjektum és a tárgy közötti narratív kapcsolatot kezdte jelezni, ami a regény kialakulását jelentette: a kíváncsiságokon keresztül fragmentálttá váló tudás lehetővé tette annak narratív újraszerveződését, azaz a regény létrejöttét. A kíváncsiság lehetővé tette bizonyos határok átlépését – kíváncsiságnak nevezve ezt –, más határok átlépését viszont megakadályozta (a szerző hosszan tárgyalja a kíváncsiságot szabályozó intézményrendszert, elsősorban az egyetemeket). Végül, egy utolsó megjegyzés a szerzőtől: jó és rossz kíváncsiságról beszél, előbbi a férfiakhoz, utóbbit a nőkhez társítva a korszak irodalmát tekintve. *Kennynél* (2004) a fogalom messze nem egy jelentésű, egyértelmű fogalom, éppen az ellentmondás magába foglalásával vált az egyén eszközévé (a természettel és az istennel szemben), és vált a korai modernitás egyik kulcskifejezésévé (lásd még Harrison, 2001).

Kíváncsiság a kockázatdiskurzusban

A későmodern kor – úgy látszik – sok tekintetben visszatérés a korábbi kíváncsiság fogalmához, amikor a kíváncsiság, legalábbis a pszichoaktív-szer kipróbálás, első használat vonatkozásában a fogalom negatív aspektusát hangsúlyozzák, miközben a *kockázat* részévé teszik. A kíváncsiság a *kockázati diskurzus* részeként tudományos publikációkban is megjelent (pl. Peretti és Watel, 2003, 2006; Martin-Soelcha és mtsai, 2001, Kenel, Mathios és Pacula, 2001, Dierker és mtsai, 2004, Sharland, 2006), gyakran mint „kockázati faktor” vagy mint a társadalmi intervenció – akár a későmodern kormányzás – speciális alanyait egyesítő „kockázati csoport”. *Drug-policy* dokumentumokban is gyakran találkozunk a fogalommal a kockázat összefüggésében, pl. az ENSZ (UN), az ENSZ Kábítószer- és Bűnügyi Hivatala (Office of Drugs and Crime, UNODC); a Drogok és Drogfüggőség Európai Megfigyelő Központja (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) egyes dokumentumaiban, és akár helyi drogpolitikai dokumentumokban (pl. Deehan és Saville, é.n.).

Kíváncsiság mint pszichológiai konstruktum

A kíváncsisággal közvetlenül foglalkozó tudományos írások közül az első *William Jamesé* (1890), aki rámutatott a kíváncsiság két típusára: az egyik esetében a biológiai okokat hangsúlyozta, és egy intrinzik módon vezérelt viselkedésről beszélt, melynek célja új tárgyak felfedezése. A megközelítés és az exploráció ennek a jellemzője. A másik kíváncsiság a

„tudományos”, a „metafizikai csodálkozás”, aminek praktikus okai nincsenek; *James* szerint ez az agy válasza a tudásban meglevő inkonzisztenciákra, illetőleg résekre. *James* megállapítását máig sem sikerült igazából meghaladni.

Mindmáig a legnagyobb, empirikus összefoglaló a kíváncsiságról, mint pszichológiai konstrukcióról, *Loewensteintől* (1994) származik. Ő négy központi jellemzőre mutatott rá: definíció és dimenzionalitás; ok; akaratlagos válasz a kíváncsiságra és a helyzeti jellemzők. Egy ötödik jellemző a felszínesség és intenzitás, mert tapasztalatai szerint, a kíváncsiság fokozódhat, változtathatja irányultságát, de hirtelen véget is érhet. Annak ellenére, hogy a kíváncsiságot inkább egy átmeneti állapotnak tartjuk, Loewenstein hangsúlyozta annak jelentős motivációs erejét: gyakran okoz impulzív viselkedést vagy éppen az önkontrollra törekvést. A szerző arra a kérdésre, hogy az emberek miért érdeklődnek olyasmi iránt, aminek látszólag semmi (külső) haszna nincs számukra, azt a választ adja, hogy a kíváncsiság kielégítésének folyamata *önmagában* az, ami az élményt nyújtja. A kíváncsiság pusztán léteével megkérdőjelezi a racionális választáson alapuló magatartást.

Berlyne (1954) a későbbiekben tovább finomított elméletét összefoglalóan *Piccone* (1999) ismerteti. A *magatartásformák* tekintetében a következőket különítette el:

- Bizonytalanság csökkentés: az egyén megvizsgál egy tárgyat vagy valamilyen környezetet, hogy felfedje jellemzőit (pl. egy gyerek megvizsgálja az öngyújtót, amit először lát).
- Inkorporáció: az egyén meghatározza egy tárgy használati módját, azt, hogy mire való (a gyerek rájön, hogy az öngyújtó tüzet ad).
- Játék/magasabb rendű inkorporáció: az egyén most már egy másik valóságot hoz létre a tárgy számára (az öngyújtó úrhajóként is használható).

Kashdan, Rose és Fincham (2004) egy összefoglaló modellben próbálta a kíváncsisággal, illetve az explorációs viselkedéssel kapcsolatos tudásunkat elhelyezni. Egyfelől, a *diverzív kíváncsiság* vagy *exploráció* azt jelenti, hogy az egyén szkenneli, felismeri, keresi, összegyűjti személyes erőforrásait (a legtágabb értelemben, például a figyelmét) az új és kihívást tartalmazó tapasztalatokra adott válaszként. Másfelől, az egyén célja, hogy lekötődjön egy jól meghatározott tevékenységben, ami azt jelenti, hogy *specifikus kíváncsisággal* és explorációval veszünk benne részt, ami *flow* jellegű abszorpciót és a világot befogadó

magatartást feltételez, aminek az eredménye a felfedezés, az öröm vagy a készségek használata (ami önmagában örömforrás). Az új és kihívást jelentő tapasztalatok *integrációs folyamata* a tanuláson keresztül a legnagyobb jutalom forrása, szemben az előző modellekkel (Loewenstein illetve Beryne modellje), ahol a jutalom az *érzelmeiből* származik (melyek ezeket a folyamatokat kísérik). A kíváncsiság a szerzők szerint pozitív szubjektív tapasztalatokkal, az én, a világ és a jövő pozitív értékelésével jár együtt, azzal, hogy a célok elérhetők, a nehézségek leküzdhetők, az izgalom-, az élmény- és a kihívás-keresés magával ragad. A kíváncsiság ugyanakkor negatív összefüggésben állt a szorongással, az unalommal, melyek mind gátolják az önszabályozást és a tanulást.

A fogalom értelmezési tartományába beletartozhat *Zuckerman* (1994) élménykeresés koncepciója, de *Csikszentmihályi* (1990) flow-elmélete is.

Összefoglalva, a kíváncsiság olyan pozitív *emocionális-motivációs rendszer*, amely az új vagy a kihívást jelentő információk és tapasztalatok iránti felismerés, azok keresését és a velük kapcsolatos önszabályozást jelenti (Kashdan 2004). A *vonás (trait)* kíváncsiságot (Spielberger és Starr, 1994) úgy foghatjuk fel, mint ami pozitív interakciós partner vonzó és közelséget feltételező tulajdonságokat jelez előre, indirekt módon, a szociális interakció során kialakuló kíváncsiság *állapotán* keresztül (Kashdan és Roberts, 2004).

Más kutatások arra intenek, hogy a kíváncsiság pszichológiai konstrukciójánál egyéb tényezőket is figyelembe kell vennünk.

Az *unalom*, mint a kíváncsiság „kiváltója”, már korábban is megjelent a kutatásokban. *Litman* és *Jiverson* (2004) már egyenesen *kíváncsiságról mint deprivációs érzésről (curiosity as a feeling of deprivation: CDP)* beszél, mely a bizonytalanság érzéséből, valamint az információkeresés és a problémamegoldás közötti feszültségből adódik.

Az újabb irodalom – úgy tűnik –, a kíváncsiság fogalma mellett/helyett az *újdomságkeresés* és, mint láttuk, az *élménykeresés* fogalmait használja, illetve tanulmányozza.

Az újdomságkeresésnek a *Cloninger-féle* személyiségtípusokkal kapcsolatban tulajdonítanak nagy szerepet (az ártalom/büntetés elkerülése és a jutalomkeresés mellett). *Adams* és *mtsai* (2003) serdülő szerhasználók között, tesztelve *Cloninger* hipotézisét, azt találták, hogy az

újdonstagkeresésben alacsony értéket mutató serdülők az alkoholt és a marihuánát, míg a magas értéket mutatók többféle pszichoaktív-szert részesítettek előnyben. A nagyon magas értéket adó újdonstagkeresők a stimulánsokat választották és a pozitív megerősítést, míg a nagyon alacsony értéket adó újdonstagkeresők inkább a szedatívumokat és a negatív érzések, életesemények elkerülését preferálták.

Az újdonstagkereséssel foglalkoznak a pszichoaktív-szerek kipróbálása kapcsán (pl. Kelley és mtsai, 2004, Hiroi és Agatsuma, 2005, Nyberg, 2005); míg mások (például Desrichard és Denarie, 2005; Martin és munkatársai, 2004) az élménykeresést kapcsolják össze a kipróbálással és a használattal.

Unalom, (szenzoros) depriváció, bizonytalanság, információk közötti ellentmondások, újdonstag- és élménykeresés: a kíváncsisággal kapcsolatos kép kibővült. Láthatjuk, ha valaki arról beszél, hogy azért próbálta ki a drogokat, mert „kíváncsi” volt, az sokféle dolgot jelenthet!

Ha eggyel továbblépünk, már a kérdőíves válaszok is utalnak a *kortárs környezetre*, ahol a kipróbálás a legtöbb esetben végbemegy: az alkohol kipróbálására általában otthoni, szülői környezetben kerül sor, de a dohányzás és az illegitim szerek kipróbálására már kortárs környezetben. Már a korábbiakban utaltunk rá, hogy a kíváncsiságot – a pszichoaktív-szer kipróbálással, illetve első használattal kapcsolatban – jellemzően a kortárs hatás szerepe követi: a két tényező együtt (egymás után), de egymástól függetlenül fordul elő (lásd az első bekezdés hivatkozásait. *McIntosh, MaCDonald és McKeganey* (2003) össze is kapcsolja a kíváncsiságot és a kortárs csoport felé megnyilvánuló konformitást a drog kipróbálásánál.

Kíváncsiság a „későmodern” korban

A kíváncsiság a mai „későmodern” korban a *fogyasztás kontextusában* jelentkezik: kíváncsinak lenni annyi, mint kipróbálni a reklámok által bemutatott termékeket, a filmek nyújtotta kalandokat. Nem véletlenül nevezi *Bauman* (1998a) a mai kor fogyasztóját *élmények és tapasztalatok gyűjtögetőjének* (Bauman 1998: 83). Így a kíváncsiság rögtön elveszti mindazt a pozitív tulajdonságát, amit a kísérletes vizsgálatok – kontextusból kiszakítva – neki (illetve a kíváncsi egyénnek) tulajdonítottak. Ha kíváncsi vagy, máris megfogtak a reklámok...

A kíváncsiság szó jelentése

A szó jelentésében megjelenik, hogy az adott személy valami olyat akar megtudni, ami nem rá tartozik, valami „illetlent”, amit nem volna szabad. A határátlépés már a szó jelentésében is benne van: „...kíváncsi (mn) Aki nem őrá tartozó dolgok felől illetéktelenül érdeklődik.”

(Magyar Értelmező Kéziszótár 1978) A Pallas nagylexikon ezt még erőteljesebben tartalmazza: „a tudás vágyának az a fajtája, melynél a szubjektív vágy kielégítése a fődolog, nem az igazság iránt való érdeklődés; a kezdet mindig a K.; ebből fejlődik ezután a tudás vágya, mely az újat keresi, nem mert új, hanem mert értékes. A K. kiváló vígjátéki tulajdonság, mely elég gyakran ostromoztatik, rendesen felsüléssel lakol. Már a legendákban és regékben is szerepel mint csúnya jellemvonás. Csak a gyermekeknél természetes és vonzó.” Itt a kíváncsiság vágykielégítés, ami a gyerekek számára „természetes”, azonban a felnőtteknél már „felsüléssel lakol”. Elgondolkodtató, hogy miért használják a drogok kipróbálására a „kíváncsiság” kifejezést, a maga ellentmondásos, nem egyértelmű jelentéseivel és jelentés-konnotációival: talán éppen ezért...!

Kérdések

A kutatásunk számára megfogalmazhatjuk, hogy a kíváncsiság, továbbá az ismert (világ, én, droghatás stb.) határainak átlépése, valamint a *kortárs környezetben* történő kipróbálás és a reklámoknak való „engedelmesség” némileg ellentmond egymásnak. Megfogalmazhatjuk azt a feltevést, hogy a „kíváncsiság” is egy kortárs norma – nemcsak a droggal szemben –, a kíváncsiság egyben kortárs és talán nemcsak kortárs, hanem a többségi társadalomhoz való *konformitást* is jelenti; vagy másképp fogalmazva, a konformitásban is benne rejlik a kíváncsiság, a határátlépés, az ismeretlen iránti érdeklődés mozzanata. A kíváncsiság olyan erős motivációs forrás, norma, hogy vele szemben az akarat tehetetlen (lásd Ágoston véleményét az akarral nem szabályozható kísértésekről).

Tapasztalatok

Az interjúk elemzése során két nagy csoport rajzolódott ki a kíváncsiság kifejezés használatát tekintve: injekciós droghasználók (függetlenül a használt szertől, ami amfetamin vagy heroin lehetett) és a többi (marihuána-használó egyetemisták és partira járók) droghasználók. Bár

kvalitatív kutatás esetén a számokkal óvatosan kell bánnunk, a droghasználattal kapcsolatos „kíváncsiság” (és ragozott formái) injekciós szerhasználóknál legalább háromszor annyiszor fordult elő, mint a másik csoportban¹².

Feltűnő volt, hogy az interjúkészítők milyen gyakran használják a kíváncsiság szót – sokkal gyakrabban, mint a másik csoport kérdezői esetében (egy-egy interjúkészítő mindkét droghasználó csoporttal készíthetett interjút):

K: Milyen kérdés, *kíváncsi* kérdés. 1513

K: ... a szerhasználati szokásaidra lennék *kíváncsi*, ...1514

K: Tehát arra vagyok *kíváncsi*, hogy működik a drót [hogy lehet elérni a dílert]? 1523

K: Arra lennék *kíváncsi*, hogy milyen előnyökkel jár az injekciós használat? Drog0001

K: Nem erről van szó, hogy ez kevés, amit eddig használtál, csak *kíváncsi* voltam.

1505

K: Konkrétan most itt arra vagyok *kíváncsi*, hogy egy kanálba vagy egy valamibe csináltatok-e meg mindenkinek az anyagot...? 1508

Injekciós droghasználóknál a kíváncsiság az első használathoz kapcsolódóan a válaszokban gyakran jelent meg:

I: Igen. De hát hogyha valaki nagyon nem akarja csinálni, akkor sehogy se tudják rávenni az embert.

K: Azért kell egy fajta belső tartás...

I: Hát persze. Egy *kíváncsiság* vagy valami.

K: (...)hogyan ne legyen, hogy ellent tudjon mondani?

I: Igen. 1513

79-ben először eljutottam Amszterdamba, és ott aztán belevetettem magam. *Kíváncsi voltam a dolgokra*, és akkor szívtam, szúrtam, ahogy élém került. Akkor megismerkedtem haverokkal – volt ott már magyar srác, akihez mentem –, és nagyon jól éreztem magam. Szóval lebegtem, meg ilyenek...

1711 (kiemelés: R. J.)

¹² A marihuána- és a partidrog-használókkal kapcsolatos „kíváncsiság” értelmezést lásd: Rácz, 2006a.

Ugye jön a társaság, akkor csináld, csináld, csináld és akkor megy tovább az ember, hajtja a *kíváncsiság*. 1510

Mert ezt már megtiltani nem lehet. *Mert az ember kíváncsi alapvetően, megy utána.* 1711 (kiemelés: R. J.)

A kíváncsiság úgy jelenik meg az interjúkban, mint általános és egyben elégséges magyarázat. A kíváncsiságnak ez a megfogalmazása a *Pomerantz* (1986) által leírt „*extrém eset formalizációnak*” felel meg, amikor a kíváncsiság mint egy – esetleg – csoport norma, elégséges magyarázat a viselkedésre: „mert *az ember kíváncsi...*”. A kíváncsiság része egy normatív felmentés-rendszernek.

A kíváncsiság megjelenik a drogváltásban, újabb szer kipróbálásában:

Diszkóban, haverok által. Hogy milyen jó a hatása. Megkérdezték, hogy nem lenne-e hozzá kedvem. *És az ember* – aki már úgy más dolgokkal is kapcsolatba került – persze, hogy *kíváncsi volt rá, hogy hátha még jobb hatást kivált*. Mert mindig arra törekszik *az ember*, hogy minél jobb legyen. Szóval, *amit okoz egy kábítószerhasználat*. És hát szerintem ezért mennek bele sokan az erősebb drogokba is, mert *az ember úgy van vele*, hogy ha komolyabb drog, akkor biztos a hatása is komolyabb, mint egy light drognak. 1905P (kiemelés: R. J.)

A kíváncsiság az alkalmazás módjainál (injekciós használat, a szúrás helye) is megjelenik:

K: Hová adtad be magadnak általában?

I: Általában nyakba, kézbe.

K: Saját magadnak, nyakba?

I: Igen, tükröből.

K: Tehát nyakba, kézbe, gondolom, itt középtájon, meg alkarba. Felkarba adtál be magadnak?

I: Soha.

K: Tehát csak hajlattól lefelé?

I: Igen, csak hajlattól lefelé. Hajlat, volt az is.

K: Kézfej?

I: Ezt nem tudom. Hüvelykujj, tök. Ugye, ott is van egy olyan kis vénácska, és akkor oda is.

K: Aztán a lábadba.

I: A bokámba.

K: Lábfejbe?

I: De lábfejbe is. És bokába is. Szóval lábfejbe is.

K: És a combodba soha?

I: Abba nem jó. Lassan jön be, hogyha combba adják.

K: És még hová?

I: Máshová nem. Na, jó, persze, rendben, elmondom. Szemészeti tű, arra is a barátnőm vett rá, mert hogy *kíváncsi* volt, mert hogy ő tisztában volt azzal, hogy az én nemi szervem milyen, és... elég rázós erről beszélni. Na mindegy. Elég vastagok az erek a nemiszervemen, és ő szerzett szemészeti tűt. És hogy avval toljunk farkba. És ő úgy *kíváncsi* volt. Hát tolt. Most tök mindegy, hogy hová tolod. Ott legalább tiszta az ered. Ő így beszélt: Ott legalább tiszta vagy, ott legalább bejön. És így toltam egyszer a farkamba. De többször nem.

K: Heroint?

I: Igen. 1514

Ennél az interjúrészletnél jól látszik, hogy a kíváncsiság a kortárs környezetnek alárendelődő szerepet játszik: fontosabb a barátnő. A kíváncsiság – a megfogalmazás szerint ráadásul nem is az interjúalany, hanem a barátnő kíváncsisága – *felmentésként* szolgál.

K: Amikor az anyagok keverésére kérdeztem rá, akkor elmondtad, hogy egyszer szpíddel, szpídet kokainnal kevertél. De ezek a felsorolások nem szerepelnek a kérdőívben. És így együtt, hogy szpíd és Ex, vagy szpíd és kokain, ezeket mikor próbáltad ki először? Hány éves lehettél?

I: Nem tudom.

K: De nyilván később, mint külön-külön, így a heroint vagy a kokaint. Amikor már megtapasztaltad az anyagokat, nem?

I: Hát utána, persze. És utána *kíváncsi* voltam, hogy milyen vénásan. 1516

A kíváncsi mellett az „érdekes” kifejezés mint magyarázat előfordulását is megvizsgáltuk.

Annyira nem *érdekelt* így – szerintem – senkit akkor [a hepatitisz C fertőzés.] 1710

Megbeszélés

Droghasználókkal készített kvalitatív interjúkban a kíváncsiság mint magyarázat szerepét vizsgáltuk a drog kipróbálásával, folytatódó használatával, az alkalmazás módjának megváltoztatásával (pl. injekciós használat megjelenése), valamint egyik drogról a másikra történő váltás tekintetében. Meglepő módon, a kvantitatív kutatásokhoz képest (ahol ez a tényező messze domináns), a kíváncsiság mint a kipróbálás oka jóval ritkábban fordult elő; e kifejezés helyett az interjúban az interjúalanyok elmesélték az első – vagy a további – használatot, leírták a cselekvés hogyanját.

Két jellegzetes csoportot különböztettünk meg a kíváncsiság magyarázat előfordulása tekintetében: injekciós használók sokkal gyakrabban alkalmazták ezt a magyarázatot, mint a marihuána- vagy a partidrog-használók (utóbbi csoporttal ehelyütt nem foglalkozom). Érdekes módon, nemcsak a droghasználók, hanem az interjúkészítők is jóval többször használták az ezzel a csoporttal készített interjúk során ezt a kifejezést.

Kíváncsiság és magyarázatok: kíváncsiság mint felmentés vagy igazolás

Feltehető, hogy a kíváncsiság *felmentő* (Scott és Lyman, 1968) hatása az, amiért injekciós droghasználóknál többször találkozunk a kíváncsiságra való hivatkozással, pontosabban magyarázattal (*account*). A kíváncsiság úgy jelenik meg az interjúkban, mint általános és egyben elégséges magyarázat. A kíváncsiságnak ez a megfogalmazása a *Pomerantz* (1986) által leírt „*extrém eset formalizációnak*” felel meg, amikor a kíváncsiság mint egy – esetleg – csoport norma, elégséges magyarázat a viselkedésre: „mert az ember kíváncsi...”. Ennek a kíváncsiságnak nem lehet ellenállni – Ágoston teológiai-morális szemlélete itt köszön vissza: a kíváncsisággal szemben az akaraterő nem számít: „hajtja a kíváncsiság”, „megtiltani nem lehet”. A kíváncsiság része a *felmentés-rendszernek* is. Ritkábban, és elsősorban marihuána- vagy partidrog-használóknál, *igazolásként* (Scott és Lyman, 1968) jelent meg, amikor a kíváncsiság mintegy felülírta a drog kipróbálás tényét (Rácz, 2006a).

A két csoport – injekciós használók és marihuána-használók – közötti különbség feltehetően együttjár az injekciós droghasználat nagyobb társadalmi és kortárs – de még a droghasználókon belüli – elítélésével, míg a marihuána-használat, de még a parti drogok használata is, a kortárs környezetben jobban elfogadott. Ezért az első csoport – injekciós

droghasználók – tagjai inkább érezhették úgy, hogy „meg kell magyarázni” droghasználatukat, amire a kíváncsiság jó eszköznek látszott. A kíváncsiság önmagában hordozza a miért-re adott választ; a kíváncsiság elégséges magyarázat, ami részletesebb kifejtést nem igényel az interjúk szerint. Miért gondolhatják ezt az interjúalanyok?

Kíváncsiság mint kortárs konformitás

A bemutatott idézetekből is látszik, hogy injekciós droghasználóknál – ha a kíváncsiságról is beszélnek – a *kortárs környezet* egyfajta háttérként mindig ott van: kipróbálta, kíváncsi volt rá, mert a többiek is ezt csinálták, hasonlóan *McIntosh*, *MaCDonald* és *McKeganey* (2003) tapasztalataihoz. A marihuána-használóknál a kortárs környezet kisebb szerepet játszik, inkább az *episztemológiai kíváncsiság* jelenik meg: mit „tud” az anyag, mi történik a kipróbálóval, milyen a kipróbálás. A kipróbálás körülményei a legtöbb esetben nem tértek el egy „szokványos” házibuli vagy az ismerősökkel való találkozás körülményeitől. Ha a kíváncsiság körülményeit jellemezni akarom, akkor a *Maffesoli* (1998) nyomán a mindennapi élet monoton szürkeségének időről-időre való megtörése mint a „féktelen érzések orgiasztikus élvezete” ismerhető fel, ami megnyitja önmagunk megismerésének lehetőségét: a kíváncsiság a mindennapi élet időbeli lehetőségeit tárja fel.

Kíváncsiság mint kockázatkeresés

K: Egyből intravénás volt az első?

I: *A barátaim is úgy csinálták, most én abból maradjak ki? Megkínáltak, én meg kipróbáltam. Kíváncsi voltam, hogy milyen.* Drog0003 – kiemelés RJ

Az irodalmi összefoglalásban ismertettük, hogy a kíváncsiság a kockázatdiskurzus része. Az interjúalanyok esetében a kíváncsiság és a *kockázat*, a *kockázatnak kitett* és a *kockázatvállaló* vagy a *veszélyesség* összekapcsolódása – az interjúalanyok nézőpontjából – nem jellemző. Az injekciós droghasználók között többször találkozunk ezzel a jelenséggel. Itt a „kockázat” inkább pozitív – a *bátorsághoz* hasonló – jelentésű fogalom, közel a kortárs csoport elvárásához.

Kíváncsiság és a későmodernkori fogyasztói társadalom szubjektuma

A *későmodernkori fogyasztás* korában a kíváncsiság az egyik legtermészetesebb, leginkább magától értetődő tulajdonság, ha „kíváncsi vagy”, az már elégséges válasz, további magyarázatra nincs szükség. A kíváncsiként való *pozicionálás* (Davies és Harré, 1990) megfelel a fogyasztói társadalom konformjának.

Az interjúkban egy érdekes kép bontakozott ki. Az *interjúkészítők* szinte minden interjúban, egy-egy interjú során többször is úgy kérdeztek, hogy „kíváncsiak” erre vagy arra. Bár az interjúkészítők elmagyarázták az interjúalanyoknak, hogy miért készítenek vele interjút, ezt az interjú folyamán újra és újra meg kellett erősíteni. És ekkor jött a „kíváncsiság”; nem személyes indíttatásból vagy voyeurkodásból kérdez az interjúkészítő – ami elítélendő, vagy legalábbis kockázatos lenne –, hanem „kíváncsiságból”. Ezt nem kell tovább magyarázni, a kultúránkban a „kíváncsiság” elégséges magyarázat, ami egyfajta személytelenséget is biztosít a kérdezőnek: utalok az információhiányra, az információk közötti össze nem illésekre, a „tudás” hézagaira mint a kíváncsiságot magyarázó pszichológiai elméletekre. Az episztemiológiai kíváncsiság a kultúra által igazolt és megerősített vonás. Ezzel szemben, az „érdekel”, már valamilyen személyes viszonyt, a szó tág értelmében vett „érdeket” tükröz. Ezzel a megfogalmazással sokkal ritkábban találkoztunk.

Talán éppen az interjúkészítők kíváncsisága áll rokonságban *Bauman* (1998a) *élménygyűjtögetőivel*: minél nagyobb a távolság interjúalany és készítő között, minél „különlegesebb” tevékenységet folytatnak az interjúalanyok, annál inkább lehetséges, sőt szükséges kíváncsinak (ebben az értelemben személytelen gyűjtögetőnek) lenni. Ha az interjúkészítőket elemzem, magamról sem feledkezhetem meg, mint a kutatás vezetőjéről. Mint a kutatás vezetője is pozicionálnom kell magam. A „kíváncsiság” iránti tudományos kíváncsiság hajtott, hogy a kvantitativ kutatások *kíváncsi* válaszainak sematikus és semmitmondó voltára mutassak rá. Végeredményként azonban el kell fogadnom, hogy a kíváncsiságnak létezik egy ilyen „semmitmondó” funkciója, talán védekezéséppen a többségi társadalom normái határátlépésének okait firtató kérdésekre.

A kíváncsiság mellett az „*érdekes*” kifejezéssel találkoztunk még, a marihuána-hatását nagyon sokan ezzel a szóval írták le. A velük készült jóval többször fordult elő ez a kifejezés a drog kapcsán, míg injekciós használóknál ritkábban, ott is többnyire a „már nem érdekel”

kontextusban, vagy „nem érdekel az emberek véleménye”, „nem érdekel, hogy hepás vagyok” összefüggésben. A heroinra nem mondják, hogy érdekes vagy hogy érdekelte őket. A „*marihuána érdekelt*” kifejezést közelebb érzem az episztemiológiai kíváncsisághoz, míg a „*marihuána hatása érdekes*” inkább egy semleges, távolító kifejezés, az egyén nem értékeli a hatást, jó vagy rossz: érdekes. Heroin-használóknál a „nem érdekel” sokszori előfordulása mintha a társadalmi elvárások elutasítását jelentené, akár abban az értelemben is, hogy már nem érdekel ez vagy az a drog, mintha „elvárás”, (elő)ítélet lenne vele szemben, hogy drogozzon, és erre válasz a „nem érdekel”.

A kíváncsiság mint a kommunikáció lezárása

A tanulmányban a droghasználattal kapcsolatban a „kíváncsi” kifejezéssel összefüggő magyarázatokat vizsgáltuk. A kíváncsiság mint „oki” magyarázat valójában semmitmondó, ezt hallva – vagy még inkább olvasva egy kvantitatív, kérdőíves kutatásban – semmit sem tudunk meg a megkérdezettől és motivációjáról. A kíváncsiság azokat a bevezetőben említett jellemzőit, úgy tűnik, mára – legalábbis ebben a kontextusban – elvesztette: az episztemiológiai és a motivációs kíváncsiságot, kapcsolatát az unalommal vagy a szenzoros deprivációval, a bizonytalanság csökkentéssel. Sokkal inkább a kortárs környezet hátterén kirajzolódó, konform – vagy „standard” – magyarázat lett, több esetben általánosított extrém eset formuláció formájában. Néha az az érzésünk támadt, hogy a kíváncsiság említésével az interjúalany lezárja a kommunikációt, a témáról mást vagy többet nem akar mondani. Csak az interjúk egyes – a kíváncsiságot is tartalmazó – szakaszaiból következtethetünk arra, hogy adott esetben a kíváncsiság az interjúalany számára mit is jelenthetett, miféle jelentések maszkjául szolgált.

Drogos önéletírások. Felépülési narratívák¹³

Magyarországon a 2000. év körül megjelenő könyveket, melyek az országban elsőként a kábítószerfüggőségtől szabadulást mutatják be, nők írták. A hagyományosan inkább férfi problémának tartott illegitim droghasználat női perspektívája a felépülést állítja a középpontba.

Két könyvben egy-egy nő számol be az injekciós kábítószer-függőségéről és felépüléséről, egy harmadik könyv egy férfival készített interjú (az interjúkészítő nő), az interjút követően a férfi öngyilkos lett. A többi könyv nem szűkebben vett önéletrajzi írás, ezért velük nem foglalkozom.

Az addikciós felépülési narratívák új műfajnak számítanak Magyarországon. Noha sokáig alkoholfogyasztásban világelső voltunk – és ma is „előkelő” a helyezésünk – nem születtek ilyen írások, mindössze egy-két Amerikában felépült alkoholista jelentette meg önéletírását. A más országokban divatos, besztszellerré is váló felépülési narratíva műfaj magyarországi kialakulásához feltehetően ezek a könyvek – mint első, mint modellek – jelentős mértékben hozzá fognak járulni. Még egyelőre nem látom annak a jelentőségét, hogy a szerzők nők, de majd a „férfi” felépülési történeteknél ez kiderül. Jelen pillanatban a drogos nők felépülnek és könyvet írnak, a férfiak pedig meghalnak, és hozzátartozójuk (pl.: édesanyjuk) ír könyvet¹⁴, vagy a még életükben írt, publikált, vagy nem publikált írásokat szülők¹⁵ adnak ki.

Több okból is érdekesnek tartom az addikciós felépülési narratívák első magyarországi „generációjának” tanulmányozását. Mielőtt ehhez kezdenénk, körvonalazom, mit is értek az általam használt fogalmak alatt. A *narratív formák* Sarbin (1986) és Hänninen (2004) nyomán „olyan jelentés-struktúrák, melyek emberi eseményekhez kötődnek, melyek által ezeket az eseményeket mint történeteket (*plot*) látjuk, amik emberi előfelvetésekhez és a megkísérelt megoldásokhoz viszonyulnak” (Sarbin, 1986 – idézi Hänninen, 2004). *Hänninen narratív cirkulációs elméletében* különbséget tesz elmesélt, megélt és belső (a lélek – *mind* – működését tükröző, Hänninen, 2004: 71.) narratívák között, valamint bemutatja ezek

¹³A fejezet egyes részei megjelentek a következő írásokban: Rácz, 2005a, 2006b.

¹⁴Pusztaháziné Gazdag Ilona (2001): *Más világ. Egy anya naplójából. Tükröcserepek* (Anya,... engedj el!). Szerzői kiadás, Budapest.

¹⁵Gáll Szabolcs Balázs (2002): *Száraz létünk fekete napjai. Versek, novellák, naplójegyzetek, interjúrészletek, 1987–2000.* Egészség Virág Egyesület, Budapest.

egymással, illetve a kulturális és a személyes történetkészlettel, illetve az adott szituációval való kapcsolatukat. Az önéletrajzi narratívákból következtethetünk a megélt és a belső narratívákra, valamint arra a történetkészletre, amelyekből táplálkoznak. *Hänninen* (2004) arra is felhívja a figyelmet, hogy az elmesélt történetek mindig dialogikusak – hallgatót feltételeznek, és hozzájárulnak az adott közösség kulturális történetkészletének gazdagításához.

A felépülési narratívákat a *betegség narratívák* között helyezhetjük el, úgy is fogalmazhatunk, hogy a felépüléshez szükséges narratívák a történetkészletek „betegség-gyógyulás” szegmensében helyezkednek el. Ezért meg kell vizsgálnunk, mik lehetnek azok a lehetséges összetevők, melyek a betegségnarratívákból származhatnak a felépülés narratívák konstruálásánál. „A betegség többet mozdít meg, mint a test illeszkedését a hagyományos közösségi elvárásokhoz vagy hogy alávetné a testet a professzionális orvostudománynak. (...) A posztmodern betegség tapasztalat, élmény, reflexió, reflexió a testre, az énre és arra a végpontra, ahova az ember életútja vezet.” (Frank 1995: 7). *Frank* (1995) megkülönbözteti a *restitúciós* narratívát, amit úgy jellemezhetünk, hogy tegnap egészséges voltam, ma beteg vagyok, holnap egészséges leszek ismét; a gyógyulást – amit a szociális kontroll egy formájaként is felfoghatunk – egy külső ágens (a gyógyító) végzi el, nem az egyén. A *kereső-felfedező* narratívában a betegség élmény, az „utazás” elindítója, az egyén, újat, többet tud meg magáról az utazás alatt; a történet a mesélőé, nem a gyógyítóé. *Frank* (1995) megkülönbözteti még a *káosz*-narratívát is, ami valójában nem vezet gyógyuláshoz és amelyben nincs narratív időbeli rend és narratív okság; az egyén feladja a harcot, hogy kontrollálja önmagát.

Most vegyük közelebből szemügyre az addikció felépülési narratívákat! „Az addikcióhoz vezető és az addikcióból kivezető út úgy is leírható, mint az identitás transzformációja vagy változása.” (Hecksher, 2004). A szakirodalomban ezt az *identitás transzformációt* mint *szociális folyamatot* (pl. Biernacki, 1986, McIntosh és McKeganey, 2000, 2001) és mint *individuális folyamatot* (pl. Koski-Jännes, 1998, 2002, Hänninen és Koski-Jännes, 1999, 2004, Keane, 2001, Diamond, 2000) írják le. Az előbbi folyamatok közül Biernacki (1986) három formát emel ki: új identitás létrehozását; a régi identitás megfordítását vagy újra-létrehozását és a meglevő identitás extenzióját. *McIntosh* és *McKeganey* (2001) pedig két szempontot hangsúlyoz: azt a vágyat, ami a tönkrement (*spoiled*) identitás helyreállításához vezet és a jövő észlelését (az új, nem-addikt identitás létrejöttében), és kiemelik – mások

mellett – a *fordulópontok* és a változást előmozdító *triggerek* szerepét. Látható, hogy ezek az elgondolások nem esnek távol *Frank* (1995) restitúciós (a régi identitás újrálétrehozása) és keresés narratíváitól. Utóbbi esetben az új identitás megalkotása *Frank* (1995) szerint valójában nem új én kialakulása, hanem az a folyamat, mely révén az egyén megismeri a már mindig is létező valódi önmagát.

Hänninen és *Koski-Jännes* (1999) mások mellett az AA (Névtelen Alkoholisták) narratívától eltérő felépülés narratíva típusokat is leírnak, és óvnak attól, hogy az addikciót vagy a felépülést egységes, egynemű fogalmakként kezeljük. Másrészt felhívják a figyelmet arra, hogy a felépülő egyénnek milyen identitásmunkát kell végeznie, ebben milyen fordulópontok vannak, és egyebek mellett mi a kognitív belátás és az etikai újraértékelés szerepe. *Koski-Jännes* (2002) tanulmányából azt emelem ki, hogy a szerző a felépülés folyamatában a személyes identitás projekt olyan összetevőit említi, mint önmagunk elfogadása, az önmagunkkal való törődés, spirituális újjászületés (ami azt jelenti, hogy az egyén létezése számára autentikusabb kifejezést talál), megszabadulni az egyénhez nem-illeszkedő társadalmi elvárásoktól. *Hecksher* (2004) a *múlttal való foglalkozás* több formáját írja le a felépülés folyamatában. *Hydén* (1995) a jelentés-keresés és az önmaga életének *szerzőjévé* válását hangsúlyozza a felépülés és a változás folyamatában. Tapasztalatai szerint a felépülés egyének nem tünetek elmúlásáról beszélnek, hanem a szelfjükéről mondanak történetet, amihez különböző retorikai és nyelvi eszközöket használnak. A narratíva az az eszköz, amellyel a *puzzle* darabkáiból a transzformáció és a felépülés értelmes képe jön létre. Véleménye szerint ezek feltárása és megértése a terápia és a változás szempontjából fontos.

A magyar drogos önéletrajzi írások annyiban mindenképpen különböznek a műfaj legnagyobb termését adó amerikai könyvektől, hogy azok jelentős részében a Névtelen Alkoholisták (vagy Névtelen Narkósok, AA, NA) sajátos betegség- és felépülés koncepciója uralkodik. Ennek fő jellegzetessége a kontrollvesztés és a függőség, mint betegség, lineáris, progresszív, krónikus modellje, amely „spontán”, kezelés nélkül végül halálhoz vezet. Az AA-val találkozásnak, az AA tizenkét lépéses programjának (benne a spirituális gyógyulásnak és a közösség erejének) döntő szerepe van a felépülésben. A modell nem is beszél gyógyulásról, hanem csak „felépülésről”: az előbbi az uralkodó AA közbeszéd szerint nem lehetséges, csak tünetmentes, „száraz”, nem-szerhasználó alkoholista vagy drogfüggő lehet, aki akár több évtizede tünetmentes, de ha szert használna, függő karrierje azon nyomban elindulna.

A felépülés elbeszélését a *konverzációs* narratívák közé sorolják (Keane, 2001): a szerhasználó, függőből „józan” lesz (ami több, mint az absztinencia), számot vet azokkal a „bűnökkel”, amit a szerhasználat alatt elkövetett magával és másokkal, végül pedig magáévá teszi az AA koncepciót, az AA kronotoposzát, ami elsősorban a felépüléssel, és nem a szerhasználat kialakulásával és lefolyásával foglalkozik (Jensen, 2000). Az önéletrajzi írások és a *gyónás* kapcsolatára is sokan rámutatnak (kezdvé Szent Ágoston önéletrajzától a drogkérdéshez közelítve de Quincey ópiumevésről szóló vallomásáig).

A konverziós narratíva, mint *master* narratíva, érdekessége lehet, hogy a szocialista Magyarországon a vallás alárendelt, elnyomott szerepet játszott, ami az 1990-ben bekövetkező rendszerváltozással megváltozott. Ugyanakkor a vallás, illetve annak az általános magyar kultúrában betöltött szerepe mégis szolgálhatott ilyen narratíva típussal. A *konverziós típusú narratíva* a rendszerváltozás, a kommunizmusból a plurális demokráciába történő átmenet során, vált gyakorivá: a társadalmi érdeklődés előterében álló egyes közszereplőknek (pl. országgyűlési képviselőknek) meg kellett magyarázniuk „átváltozásukat” (Pataki, 2001). Ugyancsak lényegében ettől az időtől vált lehetségessé a kommunizmus alatt elfojtott társadalmi és egyéni traumatizációk életrajzi és „*oral history*” jellegű kutatása. A másik lehetséges kulturális történet-készlet az ismertetett betegség-gyógyulás narratívák.

A szociális tényezők mellett azonban az individuális összetevőket is meg kell vizsgálnunk. Felmerülhet ugyanis annak a lehetősége, hogy kellő gazdagságú kulturális történetkészletek vagy *master narratívák* hiányában a felépülő egyének jobban rákényszerülnek arra, hogy saját maguk, illetve saját énfolyamataik középpontba helyezésével alkossák meg a narratíváikat. Ehhez a gondolathoz azonban hozzá kell tennünk, hogy a felépülés narratíva konstruálása mindig kreatív folyamat (ha van „bejáratott” AA narratíva, akkor is, pl. Jensen, 2000), illetve az egyén a személyes történetét – akár a terápia során bekövetkező változását is – mindig több *master* narratívából állítja elő egyfajta *bricoleur*, összeeszkábálás folyamatban: „csináld magad történetek” (Hydén, 1995).

Az énfolyamatok ilyen középpontba helyezésénél azonban a szelf eddigi felfogása helyett más kiindulópontot kell választanunk. A felépülés narratívákat tanulmányozó szerzők többnyire a szimbolikus interakcionalizmus self fogalmát használták (pl. McIntosh és McKeganey, 2001) vagy Harré (1983), illetve Giddens (1991) lényegében hasonló értelmű, reflexív projekt vagy

identitás projekt fogalmából indultak ki, ahol a szelf és az identitás hasonló fogalmakat takart. Most azonban a szelf „belsejébe” kell hatolnunk. Már *Hydén* (1995) is a szelf különböző pozícióiról beszélt a változás folyamatában, ahol a szelf ezeket a pozíciókat különböző retorikai és nyelvi eszközökkel éri el. A „*dialogikus szelf*” fogalma azonban még közelebb visz a szelfben zajló folyamatok tanulmányozásához. Itt utalok a dialogikus szelffel kapcsolatban korábban leírtakra.

Az elemzések segítségével a *drogos* narratívák – mint egyfajta *master-narratívák* –, melyek más narratíva lehetőségeket „kolonizálnak” és a drogproblémákat preferáló mai közbeszéd számára elfogadható történeteszöveget állítanak elő, egy alternatív értelmezés számára is utat nyitnak. Ez a személyiség viszonyulása a droghasználathoz, az „én” és az „ének” diskurzusa a droghasználat kialakulásáról és a gyógyulásról. A könyvek szerzői által bemutatott történetek, de legfőképpen az általuk követett szerkesztési mód a dialogikus én működését, a különböző „én-pozíciók” küzdelmét és polifóniáját mutatja meg igen érzékletesen.

Amiért érdekesek számunkra a *szelfpluralisztikus* elméletekben (lásd ezzel kapcsolatban kvalitatív kutatások narratív perspektívájáról írottakat) a különböző én-(*I*)-pozíciók, azaz, hogyan konstruálódik meg a drogfüggőségből történő felépülés folyamán az „*I-I*” dialógus, felváltva az addigi, diszfunkcionális, némaságra ítéltetett intraperszonális (*I-Me*) kommunikációt. *Bahtyin* „térbeliség” fogalmával érthetővé válik az a sajátos önéletírási szerkesztési mód is, mellyel a felépült droghasználók különböző én-állapotaikat („hangjaikat”) „egymás után”, „egymás mellé helyezve” térbelileg elrendezve megjelenítik.

Mielőtt megvizsgálánk, hogy látjuk-e nyomát ennek a „forszírozott” *intrapersonális dinamikának*, még újra meg kell említeni a drogproblémákról folyó társadalmi diskurzus magyarországi helyzetét. Mint már arról írtam, a drogproblémákról folyó diskurzus kiszorítja, vagy éppen *kolonizálja* a más típusú diskurzusokat. Ha a drogprobléma fennáll, akkor sokkal kevesebb szó esik az esetleg ugyancsak fennálló alkoholproblémákról, más addikciókról, vagy magatartászavarokról, más betegségekről az egyén, és társadalmi problémákról a társadalom szintjén. Ha ezek a problémák egy-egy személy vagy társadalmi csoport esetében léteznek is, a *drog-diskurzus* elnyomja vagy asszimilálja ezeket.

A Sárkányos Lány

A *Sárkányos Lány* története¹⁶, miként alcíme is mutatja: „a drogfüggőségtől a szabadulásig” tart. A történet a viharos serdülőkortól a drogfüggőségen keresztül a gyógyulásig, és a „kábitószeres tapasztalatból erőt merítve” a könyv megírásáig vezet. A *Sárkányos Lány* két narratívát mond el az életéről: az első, eseménynarratíva célja, hogy „kiadjak magamból mindent”, a másikat pedig nevezhető „intrapszichés valóságnarratívának” („mi is történt valójában” 114. o.). Ez a narratíva a lelki történések szintjén meséli el a főszereplő életét addig a pontig, amíg „összeállt a kép” – a szerző megfogalmazásában.

A *Sárkányos Lány* eseménynarratívája szerint szülei elváltak, 13 éves korában kezdett inni, „több mindenkivel lefeküdni”, boltból lopni, majd a 8. osztályban megbukott és cigarettázni kezdett. 14 éves kora nyarán már „versenyt iszik és versenyt hányni” a többiekkel, ekkor tetováltatja magára a sárkányt. 16 évesen elköltözött otthonról, tizenöt és fél évesen lett terhes először, majd utána néhány év alatt még kétszer. A terhességek vége minden esetben abortusz volt. 14 éves korában próbálta ki az LSD-t. Egy lakótelepi lakásba költözött, itt már rendszeresen fogyasztott különböző drogokat (LSD bélyeg, Ecstasy, amfetamin, hasis, fű). Erről az időszakról írja, hogy „teljesen megváltoztam, kicserélődött a személyiségem. Mintha hallanám a szembejövők gondolatait, illetve az enyéme is túl hangosak volnának”. Napi több gramm amfetamint használt, és beszállt a drogüzletbe is, Ecstasyt gyártatott Hollandiában és azt forgalmazta. „Egyre több kellett már mindenből, és így sem igazán éreztem a hatását. Iszonyú sokba került az egész”. Később egy új lakásba költözött, ahol heroint kezdett orrba szívni, majd egyszer, takarítás közben „összeállt a kép”. Ezt úgy jellemzi, hogy „oké, ezek voltak az életem eseményei, amiket bárki láthatott. De hogy mi is történt?”

Itt kezdődik az „intrapszichés valóságnarratíva”. Itt nem az eseményeket, hanem a lelki küzdelmeket látjuk. A *Sárkányos Lány* kisgyermekként félős volt, majd a halál és az élet értelmetlensége kínoztta. „Gyermekekoromból nagyrészt a félelemre és a rosszkedvre emlékszem. A depresszió klasszikus tüneteit produkáltam, de sem én, sem a környezetem nem

¹⁶ Buzai Borbála (é.n.): A sárkányos lány. A drogfüggőségtől a szabadulásig. Alexandra, Pécs.

fedezte ezt fel. Bánatom egyre mélyült, ami 13 éves koromra csúcsosodott ki, mikor is elkezdtem inni.” Később „elkezdek hízni és az életem irányítása teljesen kicsúszik a kezem közül”. A cél, „megfejtetni önmagam”, „megérteni, hogy *ki vagyok*” (kiemelés: R. J.). Az előző, eseménynarratívát különböző balhék, drogos történetek uralják, ezzel szemben az „intrapaszichés valóságnarratíva” nem látható, lelki fejlődéstörténetet tartalmaz. Megjelenik itt a narratív okság („...egész addigi életem, az egymásba kapcsolódó szemek láncolata...”) és az ellentétpárokból kibontakozó „harmónia” is, ami az előző narratívából hiányzott. A *Sárkányos Lány* először az élet értelmetlenségének érzéséből a „hihetetlen erőket” különböztette meg, „amik kényükre-kedvükre dobáltak, téptek szét”, majd ezeket az erőket határolta körül: „apu és anyu harcol bennem”, „szerzetes vagy nagyvilági nő legyek”, az ellentét az „anyagi, evilági dolgok” és a spiritualizmus között. Ebből alakult ki a „harmónia”, az „egység keresése”, az, hogy „valami nagyobb egésznek a része”, és az, hogy minden ragaszkodást engedjen el az életéből.

Vajon mi lehet az oka, hogy az élettörténeti eseményeket elbeszélő narratívánál a második („ami valójában történt” – ahogy a *Sárkányos Lány* megfogalmazta) hitelesebb, valóságosabb? Az események felsorolásánál (ez és ez történt) hatékonyabb az „intrapaszichés valóságnarratívát” uraló *önmagának* feltett *kérdések* sora: *ki vagyok én?* Majd a válaszok narratív oksági láncolatban történő bemutatása: „közben megfogalmazódott bennem egész addigi életem, az egymásba kapcsolódó szemek láncolata”. Az események mozgatójaként a kérdések révén és a kérdések által mozgatottan önmagát fedezte fel: „minden balsorsomnak, szerencsémnek, megbetegedésemnek, gyógyulásomnak egyedül én vagyok a forrása”.

A két párhuzamos narratíva azonban más értelmezést is lehetővé tesz. Az elsónél dominálnak a drogos tematika (a könyv alcímében is megjelenik a drogfüggőség), a balhék, a különböző társadalmi határátlépések. Ugyan az excesszív alkoholfogyasztás előbb alakult ki, a „problémát” a *Sárkányos Lány* életében a droghasználat jelentette. A droghasználat által uralt életben „elementáris erejű volt... a szabadság és függetlenség utáni vágy”. Nem egy elesett, vesztes droghasználót látunk itt, hiszen önmagát is úgy jellemezte, hogy „az erők közé tartozott”. „Évek hosszú rehabilitációja kellett, és még kell is, hogy ismét odafigyeljek az érzéseimre, érzelmeimre, nemhogy ki is mutassam azokat.”

A droghasználat egyik következménye lett, hogy „eltűntek a melleim”. Ezt a nőietlen, küzdő, az érzelmeiket elleplező narratívát követi (a könyvben, valójában arra rávetül, és mintegy

párhuzamos olvasatot tesz lehetővé) egy nőiesebb narratíva: fejfájással, depresszióval, hízással, ködgomolyagszerű, amőba-szerű, (test)határok nélküli érzésekkel, állandó panaszkodással, hogy „milyen dagadt vagyok”. Az élettörténeti részben pszichológushoz (férfi) járt, akivel hamarosan együtt ivott. A „lelki” történetben egy pszichiáternőt, Mariannt említ, aki ráirányította figyelmét az énképére, Prozacot írt fel, és arra buzdította, hogy tanuljon a kábítószeres tapasztalataiból. A testi betegségek, köztük női bajok is, csak ebben a narratívában jelentek meg: évek óta gyulladásban van az egész bélrendszere, van egy polipja is, és méhszájsebe, sérve. A kábítószeres tematika által uralt férfias-típusú narratíva – amely egyben magába olvasztja az alkoholproblémákat (egy lehetséges „alkoholprobléma narratívát”) és a serdülőkori problémákat (egy lehetséges „rossz lány” narratívát) –, tehát a férfias narratíva mellett a nőies narratíva vált azzá, ahol a lelki folyamatok testet öltöttek.

A gyógyulás e második narratíva felülre kerekedését jelenti; amit a könyv bevezető verse is jelez, a *Vár*. Ezt már a gyógyulási fázisában írta, Amerikában. „Egy várba vagyok befalazva. Vagy inkább én vagyok a vár.” Majd a vers végén: „Érzem, hogy falaim szivacsossá válnak. Puhulok. Olvadok. Lassan áttetszővé válok.... ÉLEK VÉGRE.” A falak, a test ellenállása megszűnik. A *Sárkányos Lány* könyve utolsó oldalairól megtudjuk, hogy elkezdett hastáncolni – az addig csak hízásra alkalmas testrészének így egy más, élvezetesebb funkciót adott.

A kővirág

Sinkáné Sinka Rita A kővirág című és A drogpokol hétköznapijai alcímű könyve¹⁷ Rita drogossá válását, majd gyógyulását mutatja be. A könyv egy karácsony esti idillel kezdődik, amit azonban a 18 éves *Rita* hányása („örület az évésemmel”) tör meg. Ekkor már szerelmes Roliba, akihez később oda is költözik. Itt kezd *Rita* kábítószereskedni, először LSD-t használ, majd Ecstasyt, amfetamin, hasist, füvet, és végül heroint. Közben három abortusza van, szexuális szolgáltatásokat nyújt egy bárban, valójában prostituáltként dolgozik, hogy megszerezze a heroinra valót, később ugyanezért lop.

Rita történetét olvasva, a felszínen két szál fut egymás mellett, egymásba gabalyodva: a falás-hányás és a droghasználat. Végül, a kábítószeres narratíva győzedelmeskedik a „bulímia”

¹⁷ Sinkáné Sinka Rita (2004): *Kővirág. A drogpokol hétköznapijai*. L'Harmattan, Budapest.

felett. Ezt úgy jellemzi – utólag –, hogy „olyan voltam, mint egy drogos és nem hittem el senkinek, hogy beteg vagyok”. A bulímiáját „meggyógyítja” a drog („Nem voltam többé bulimiás. Végre!”) *Rita* történetét meg-megszakítják az „Anyu” által írott levelek. Ezekről nem tudjuk, hogy tényleg az anya írta-e őket, vagy utólag *Rita*. A levelek mintegy összefoglalják és az anya szempontjából értelmezik az előző fejezetekben történeteket. A leveleknek magára a történetre nincs hatásuk, ezért közömbös is, hogy valójában ki, mikor írta ezeket. Az anya ugyanakkor fontos szerepet tölt be a történetben; időnként (jóval kevesebbszer, mint a levelekben) *Ritát* ütközteti a valósággal, alternatívát és egy „külső” nézőpontot kínál számára. *Rita* ismeretségi körében ő az egyetlen, aki a drogozásba való belebonyolódás során is egy önálló hangot képvisel. A narratíva egyik kulcsmozzanata, amikor *Rita* rájön, „függő vagyok!”, heroin-függő – pontosabban először ezt barátja, Roli közli vele („mondja meg neki”), látva elvonási tüneteit.

Ettől kezdve látjuk a heroinfüggő *Ritát*, aki akkor „gyógyul meg”, ha heroinhoz jut, és akkor beteg, ha elvonása van. Átalakul kapcsolata Rolival: „szerettem, amikor csak mi voltunk (...) végre, elég heroin jutott mind a kettőnknek”. Így jellemzi magát: „lefogytam. Már minden nadrágom lötyögött rajtam és kiálló csípőcsontjaimtól nem tudtam aludni. Az arcom örökké sárga volt, a bőröm hámlott és az egész testem teli volt elvakart sebekkel (...) Tekintetem pedig épp olyan üres volt, mint az életem.” *Rita* aztán különböző kezeléseken vesz részt, visszaesések és drogmentes időszakok váltogatják egymást. Végül, elkerül egy „dokinőhöz”, aki a bulímiáját is kezeli. *Rita* drogmentes lesz, meggyógyul, és a könyv elején láttatott családhoz jutunk el: „hazataláltam”.

Rita – a *Sárkányos Lányhoz* hasonló módon – két párhuzamos, illetve egymást fedő történetet mesél el; *Rita* az „Anyu” leveleiben közli az értelmezéseket. Látszólag itt az anya megküzdéséről van szó, és végül lánya teljes megértéséről: *Rita* „beteg”, az ő „felnőtt intelligens lánya... érzelmileg nem több három évesnél”, aki szeretetre és elfogadásra vágyik. Az anya fejlődésében ennek felismerése a legfontosabb, ami egyben *Rita* történetét is magyarázza: ő is szeretetre és elfogadásra vágyik, hogy „hazataláljon”.

Rita története egyik mélypontján kővirághoz hasonlítja magát. A kővirágról a könyv bevezető szakaszában olvashatunk: „a kővirágok gyönyörű szépek. Szirmaik olyan üdék, mintha abban a pillanatban bomlottak volna ki bimbójukból, illatuk édes, ellenállhatatlan”. De ha valaki leszakítja őket, csak akkor jön rá, hogy kővirágot szakított, amit magával kell cipelnie. A

kővirág rengeteg bajt és szerencsétlenséget zúdít gazdájára, egészen addig, amíg az idő el nem koptatja. A könnyelmű, ostoba, tudatlan emberek szakítják le a kővirágot, és többségük vele együtt éli le életét. *Rita* kővirágot szedett, és végig kellett néznie, ahogy teljesen elporlad. *Rita* már beavatottá vált – talán az olvasó is – nincs félnivalója a kővirágoktól. „A kővirágom kemény szárán pedig egy varázslatos, üde, friss, illatos és minden ízében VALÓDI virág himbálódzik. Hazataláltam!...” Az otthonról azonban – még a bevezetőből – tudjuk, hogy messze nem az az idilli hely, aminek kinéz. Persze, meg is változhatott az otthoni helyzet. Erre egyfajta jelzés, hogy aki *Rita* történetében igazán változik, és belátást nyer saját tévedéseiről, az az Anyu. Egy-két levélből arra következtethetünk, hogy az anya még az otthoni állapotokat is megváltoztatta.

Ahogy említettem, *Rita* történetében keveredik egy később dominánssá váló kábítószeres narratíva egy bulimiás, falás-hányás dinamikával. A dominánssá válás tetőpontján a bulímia „meg is gyógyul” a heroinhasználat hatására, hogy aztán *Rita* gyógyulásának végső szakaszában újra jelentkezzen, és a végső gyógyulás a bulímia kezelésével váljon elérhetővé. A kábítószeres narratíva „kolonizálja” a bulimiás történetet, ahogy más problémák elbeszélését is. Nem követhető például az a szál, ami a taxissal (Béla bá’-val) folytatott szexuális „üzletelés” bemutatása, ami a drogprobléma előtt „keletkezett”. *Rita* prostituálódásáról később részletesen olvashatunk, erről a kapcsolatról azonban csak jelzéseket. A kábítószeres narratíva férfi alakjai: a tehetetlen, ellenséges apa (aki lekurvázza lányát), a kábítószerezésbe vivő Roli, a banda többi tagja, még a legemberibb Béla bá’, aki szexuális szolgáltatásért cserébe tesz szívességeket. Nők csak mellékszerepekben tűnnek fel, egy-két barátnő, testvér, illetve az anya, aki a történet – *Ritával* szembeni – ellenpontja. A levelekben ő az, aki szenved, aki magát és férjét is hibáztatja, aki megoldást keres. Ez az ellenpontozás azonban *Rita* elbeszélésében nem jut szerephez – úgy vannak ezek a levelek a szövegbe illesztve, hogy azokra semmilyen reflexió nem történik. De a történet elmondása igényelte a másik hangot: az anya szenvedése mutatja, milyen mélyre jutott *Rita*. Egyben ez adja a „tudatosság” tájképét – az eseményeket felsoroló narratívához képest.

Igazából a családi idill sem érthető – ahonnan *Rita* elindul, majd ahova visszatér. Nemcsak azért nem, mert nem tudjuk meg, hogyan, miért jelentkezett *Rita* bulimiája, hanem a két szülő közötti kapcsolatról sem tudunk meg semmit, pedig az, illetve a család légköre vélhetően szerepet játszott a bulímia kialakulásában (csak azt olvashatjuk a karácsonyi idillről, hogy „még mindig gyereknek degradáltak”). *Rita* történetében a kábítószerezés áll a középpontban;

a „megoldás” is ennek felismerése után következik el: „mert most igazán, teljesen egyedül voltam. Csak ekkor döbbsentem rá, hogy már senki sem nyújtja felém a kezét, hogy kihasználnak, ellöknek, és a saját anyám sem hatódik meg a könnyeim láttán. Ráésszméltem, hogy az, aki miatt az egészet mégis felvállaltam... nem valaki. Nem az, akire eddig mindent ráfoghattam, hanem valami más. Valami... a drog.” A dolgok kimondása (drogos, függő, és most a végső ok, a drog), megnevezése – bármilyen fenyegető is –, mégis a gyógyuláshoz vezető legfontosabb lépés. A történetben a drog ugyan mint külső ágens jelenik meg, amivel szemben *Rita* tehetetlen áldozat, azonban ebből az áldozat-szerepből az Anya megformálásával, azzal hogy hangot ad Anyunak, sikerül kilépnie.

Rita – a *Sárkányos Lányhoz* hasonló módon – két párhuzamos, illetve egymást fedő betegségstörténetet mesél el (a drogozásét és a bulímiáét), azzal a különbséggel, hogy itt ezek a narratívák nem követik egymást a könyv térbeli szerkezetében, hanem egymásba szövődnek. A térbeli tagolást „Anyu” levelei jelentik. Az anya fejlődésében annak a felismerése a legfontosabb, ami egyben *Rita* történetét is magyarázza: szeretetre és elfogadásra vágyik, hogy „hazataláljon” (170. o.). *Rita* azonban úgy szerkeszti ezeket a leveleket a szövegbe, hogy azokra semmilyen reflexió nem történik az események idejében. De a történet elmondása igényelte a másik hangot, ahogy a *Sárkányos Lánynál* láttuk, az írás idejének *I*-pozíciója helyet és teret követelt magának a múlt felidézésében.

Megbeszélés

Greimas (idézi Bruner 1986) a történet felépítésében két „tájképet” (*landscape*) különböztet meg, az események és a tudatosság tájképeit. Az önéletrajzi drogos történetek sajátos módon bánnak e két „tájjal”: nem szerkesztik egybe, hanem egymás utániségükben, egymás mellettségükben jelenítik meg őket, mintha a kettő a jelenségek két különböző létmódja lenne: az egyik a „látszólagos”, a másik pedig a „valóságos” – ahogy ezt a könyvek szerzői megfogalmazzák. Ha belépünk a személyiség terébe, akkor valójában a kartézianus színházat (Dennett, 1991) látjuk itt, ahol az egyik „én” a cselekvő, jelen esetekben a droghasználó, a másik pedig a passzívan szemlélődő, majd utólag aktív, feldolgozó szerepben megjelenő „én”. A sajátos narratív szerkesztéssel a két, szinte külön életet élő „én” működésének, narrációjának bemutatását oldják meg a szerzők.

Ami a változást elindította a *Sárgányos Lánynál*, az az önmagához intézett kérdések sora: *ki vagyok én?* Ezt értelmezhetjük – kívülről szemlélve – egyfajta értelemkeresésnek, a *Sárgányos Lányt* nem elégítette ki az a tudás, életének és sorsának, énjének az a jelentése, amit addig tudott, ami drogossá tette, és ami drogosként tartotta meg, de egy másik lehetőség is kínálkozik. Ez a *Sárgányos Lány* történetének és konfliktusainak egy fajta „belülről” történő szemlélete, ami – mint láttuk –, magától a szerzőtől sem idegen. A „külső” szemléletet a Frank által leírt betegség-narratívákkal hozom összefüggésbe: a narratívákban a két betegség-alapnarratíva, a restitúció és a keresés, keveredik. A történet végére a főszereplő gazdagodik, de ezt nem szorosan a droghasználatnak (mint útnak indító állapotnak) tulajdonítja. Újra egészséges lett.

Az intraperszonális dinamika működését a kérdések sora indítja el, a belső párbeszéd: *ki vagyok én*, a narratív láncolatok dialogikus kibomlása, és végül nem feledkezhetünk meg a pszichiáternő tanácsáról: figyeljen énképére, tanuljon tapasztalataiból. A droghasználó, balhézó, „cselekvő” én helyébe az addig passzív, megfigyelő, az eseményeket egy későbbi interpretáció számára megfigyelő én lép. A droghasználó (*I*) és a passzív megfigyelő, elszenvedő (*Me*) közötti kapcsolat dialogikus szelf-kapcsolattá, „*I-I*” kapcsolattá válik, ahol az én-(*I*)-pozíciók között megindul a kommunikáció; a múlt (és a hozzá kapcsolódó én-pozíciók) nem megtagadnivaló, hanem feldolgozandó, beépítendő, az interpretáló én-pozíciót gazdagító anyaggá változik. Korábban, mintegy a „*Me*” (James nyomán a szelf mint megismert) tevékenységeit látjuk: sok-sok cselekményt. Csak a változás („összeállt a kép”) után jelentkezik egyre erősebben az „*I*” (szelf mint megismerő), és veszi át mintegy a hatalmat. *James* és *Bahtyin* különböző, bizonyos értelemben azonban a szelfpluralisztikus teóriákat megelőlegező nézetei azonban – itt főleg *Hermans* munkáira utalok –, az én-pozíciókkal elvileg egy összetettebb rendszer leírását tették lehetővé, mint a duális „*I-Me*” kapcsolat. Hiszen a *Sárgányos Lánynál* is – gyógyulását követően – többféle, egymással immár szimmetrikus én-pozíciókat alakít ki (különböző meditatív-spirituális élmények, barátok, „dialogikus” visszaemlékezések).

Rita történetében azt is látjuk, hogy a droghasználat és a vele együttjáró normasértések sora, a lázadás a család ellen, bizonyos értelemben a felnőtté válás útját, a függetlenedést mutatja. Ezzel szemben a bulímia által reprezentált szál inkább a szülői ház elfogadását, a belenyugvást (hiszen emiatt nem kellett elköltöznie), a gyerekszerep elfogadását mutatja („még mindig gyerekek degradáltak” – mondja *Rita* a könyv elején). Ahogy a droghasználat

narratívája „kolonizálja” a bulímiáét, egyben egy társadalmilag – publikusabban – könnyebben elfogadható betegségképet és felépülést mutat. A bulímia testközpontú narratívája kevésbé hozzáférhető és elfogadható a nyilvánosság számára.

Rita történetét is értelmezhetjük – egyfajta külső perspektívából – a *Frank-féle* betegség-narratívákkal. Egy „restitúciós” narratívát látunk: *Rita* meggyógyul és visszatér az „idilli” szülői házba. Szenvedései a gyógyulás folyamán nyerik el jelentésüket és értelmüket. Története tanulsággal jár mindenkinek, aki droghasználóként nem tudja ezt kontrollálni és „megbetegszik”. *Rita* azonban, ha a drogfüggőségből meg is gyógyul, nem lesz teljesebb személyiséggé; felépüléstörténete nincs befejezve, hiszen az „idilli” családi helyzetével is szembe kell – majd, egyszer – néznie. Az intraperszonális dialógusban az Anya reprezentálja azt az én-pozíciót, ami *Ritát* előreviszi; egyben az anyai karakter az, ami által a gyógyulás folyamata értelmezhetővé válik. A drogos-bulímiás én-pozíció (ami mint egyfajta sorsszerűség jelent meg, csak utalok a Sárkányos Lánynál jellemzett „*Me*” pozícióra) itt is helyet ad az értelmező, elemző én-pozíciónak (James nyomán „*I*”-nak is nevezhetjük), valójában én-pozíciónak, noha a folyamat nem olyan teljes és befejezett, mint a *Sárkányos Lány* esetében. *Rita* családja szereplői (karakterei) a könyv végén „életre kelnek”: „Anyu, Apu, Kristóf és a kicsi Timi. Olyan hosszú és keserves volt az út, de úgy érzem, visszatértem.”

„*Amszterdami*” *Lacika* önvallomása

Varga Judit interjúkötete az „Éjfél után...” (S. László, „*Amszterdami*” *Lacika* önvallomása)¹⁸. Tehát ebben az esetben nem önéletírással, hanem interjúval van dolgunk. Amiért mégis ebben a fejezetben szerepeltetem ezt az írást, az a káosz-narratíva, és ennek összehasonlítása az előzőekben tárgyalt narratívátípusokkal.

Az interjúkészítő Varga Judit, maga is felépült droghasználó, egy szövegfolyamként adja közre az *Amszterdami Lacikával* készített interjút. *Lacikának* már nem volt lehetősége az interjút átnéznie, mert az interjút követően nem sokkal öngyilkos lett. Az interjú *Lacika* élettörténete, gyermekkorától, amelynek színtere a hatvanas–hetvenes évek Budapestje, „disszidálásán” át, amszterdami évein keresztül, ingázásáig Budapest és Amszterdam között.

¹⁸ Varga Judit (2002): *Éjfél után...* S. László („*Amszterdami*” *Lacika*) önvallomása. Kolor Optika, Budapest.

Lacika drogos volt, huzamosabban kokain-, heroin- és máktea-használó. Történetét egy hosszú monológban mondja el, ha voltak is kérdések, azokat Judit kihagyta a kötetből.

Lacika „funkcionárius” szülők gyermeke, jó körülmények között élt. Gyermekkoráról egy jellemző kijelentés: „nyáron nyaralni jártam (...) télen üdülni”. A szülei „eladták magukat, megalkudtak, opportunisták lettek, mindegy hogyan nevezzük ezt. Szerintem jól csinálták, mert ezek szerint én jól éreztem magam”. 17–18 éves korától kezdett bulizni, a gimnázium után fényképezett, vállalatok soránál dolgozott, majd „szabadabb” munkahelyeket keresett. Különböző alkalmi állásokban dolgozott. Megnősült, gyereke született. Jellegzetes véleménye az élet dolgairól, ahogyan a szerelemről beszél: „...amikor iszonyúan hiányzik valaki, akiről tudod, hogy hozzád tartozik. Átkozottul kell, hogy veled legyen, és mindenki másnál fontosabb, fontosabb önmagadnál. Akinek mindent megtennél. Tehát egy olyan személy, akiben hiszel”. Majd pár sorral később: „de a szerelem egy elenyésző dolog: hol van, hol nincsen, szóval nem egy tartós dolog, hanem alkalmi”. Házassága után nem sokkal disszidálni próbált, de visszahozták, másodjára sikeresen kijutott Amszterdamba. Itt különböző bűncselekményekben vett részt, fegyveres rablás, lopás, de a leghuzamosabb jövedelemszerző tevékenysége a drogdílerkedés volt.

Különböző kábítószereket használt, de a fordulatot Indiában a heroin hozta: „a heroin végre megadta azt, amit én szeretek, amit én akartam, amit én kerestem. Azt, hogy ne kelljen gondolkodni, ne kelljen odafigyelni semmire.” Amszterdamban különböző nőkkel él együtt, van, akit feleségül vesz, más túladagolásban meghal. Többször próbált leállni az anyagról, de nem sikerült. „Attól vagyok normális, ha használok valamit, ha nem használok, akkor nem vagyok az. Tehát be kellett szereznem az anyagot ahhoz, hogy el tudjam határozni, hogy anyag nélkül akarok élni.” „Én sem vagyok szabad, én is függök valamitől, és amikor megkapom az anyagot, csak akkor érzem szabadnak magam.” És hogy miért anyagozik? „...ezt a szükségletet a társadalom hozta létre. Ez termelte ki, tehát ne fogják rá az emberre, az egyénre. Ők tehetnek róla, ők teremtettek ilyen légkört.” Majd pár oldallal később ezt mondja: „nehéz ellenállni az anyagnak, mert benne van a szervezetben. Az ember nem tud uralkodni a szervezetén. Ha például fáj a foga, akkor nem mondhatja, hogy nem fáj, mert nem olyan erős karakter.”

Lacika történetét – *Frank* nyomán – káosz-narratívának nevezhetjük. Már az elején egy „így is volt, de úgy is”, „egyfelől és másfelől” bizonytalankodás vezeti be az élettörténetet, ami

végig megmarad: *Lacikának* semmiről nincs egyértelmű véleménye, vagy olyan véleménye, aminek kialakulását, átalakulását, fejlődését nyomon követhetnénk. *Lacika* nem változik élete során. A történet, az elmondás végén nem tud többet magáról, mint az elején – és ezzel mi, olvasók is így vagyunk. *Lacika már mindig is* ilyen volt. A történetnek nincs semmi „értelme”, abban a felfogásban, ahogy az eddigi történetekben valamilyen fejlődés rejlik (a betegség felismerésével és a gyógyulás kezdetével), az elbeszélő valahonnan valahova eljutott. *Lacika* történetét vég nélkül folytathatná; ha az interjúkészítésre több idő lett volna, akár több tíz vagy száz oldallal is hosszabb lehetne az interjú, anélkül, hogy több *kiderülne Lacikáról*. A narratíva elemeit az elbeszélő nem kontrollálja, nem fűzi össze, miközben disszociálódik a társadalomtól és saját testétől is (ahogy *Lacika* a drogozás okaként megnevezi a tőle független társadalmat és „az ember szervezetét”). Valójában sem múlt, sem jövő nem látható; a történések sora valahol elkezdődik, valahol befejeződik, anélkül, hogy fogalmunk lenne arról, mi történik a jövőben – hacsak az nem, ami eddig. A jövőtlenség és *Lacika* öngyilkossága szinte az egyetlen összefüggés – de ez is a szövegen kívül van. A káosz-narratíva megtagadja az olvasótól, vagy interjúkészítőtől, hogy a „haladás”, a „fejlődés” terminusaiban gondoljon el egy emberi életet. Ezért próbára teszi hallgatóját – nem véletlen, hogy ezt a káosz-narratívát egy volt droghasználó rögzítette, aki korábban talán meg is élte ugyanezt. De abból az állapotból kikerült: Judit így ír magáról az epilógusban: „nos, én megpróbálom, hogy soha ne adjam fel könnyedén azt, amiért keményen megküzdttem: a józanságomat, mely az Életet jelenti (...) Érted, Értetek is teszem (...) akik már nem vagytok mellettem.” (Már ebben a néhány sorban is láthatjuk a tipikus „kereső-felfedező narratíva” lényegét, egészen addig, hogy Judit is visszatért „megbetegedése” színterére, és droghasználóknak segít).

Az interjúban a káosz-narratíva egyik „haszna” is látszik: más történeteket tudunk hozzá hasonlítani, viszonyítási alapként szolgál más elbeszélések számára. Ennél fontosabb azonban a káosz-narratíva tolerálása; vannak, akik – egy ideig, vagy akár életük végéig – csak így képesek megnyilvánulni. A „fejlődés”, a „változás” erőltetésével azonban ezeket a narratívákat – miként elmondóikat is – leválasztjuk a társadalom testéről: végérvényesen idegenekké válnak, akiknek a hangját sem halljuk meg.

Lacika „káosz-narratívája” azért is tanulságos, mert megvilágítja, hogy egy drogos narratíva hogyan alakul ki: a drogozás elkezdődése, majd a függőség a bemutatott könyvekben szinte folyamatos. Jelentőségét, mármint azt, hogy itt valamilyen változásról van szó, csak a

felépüléssel, gyógyulással kapja meg: utólag válik egy szakasz jelzőjévé. Ha nincs felépülés, szakaszjelző szerepe sem alakul ki. Az addikció mindent felfaló, mindenre kiterjedő jellege is az utólagos konstrukció működését mutatja. *Lacika* élettevékenységei – bár feltehetően klinikai értelemben súlyos függő – nem válnak az „addikció” részjelenségeivé, hanem megőrzik önállóságukat, össze nem kapcsoltságukat – kaotikusságukat.

„Amíg a káosz narratívát nem becsüljük meg, a világot, összes lehetőségeivel, tagadjuk. Tagadni a káosztörténetet egyet jelent azzal, hogy tagadjuk a történetet elmondó személyt, és akit tagadunk, azt nem gondolhatjuk / azon nem segíthetünk. Azok az emberek, akiknek a valóságát tagadjuk, a kezelés vagy a segítség befogadói maradhatnak, de nem válhatnak az empátiás segítő kapcsolat résztvevőivé” (Frank 1995: 109.).

Az intraperszonális dinamika szempontjából *Lacika* én-pozícióinak sokasága egymással közel sem harmonikus kapcsolatban áll; sokszor nem is érezzük, hogy egyes én-pozíciók között kapcsolat lenne – pl. ahogy emlékeiről, szüleiről vagy meghalt barátnőiről beszél („hangot” ad a szüleikhez vagy a meghalt barátnőihez fűződő én-pozícióinak). *Lacika* éneje azonban leginkább hallgatnak egymásról, nincs köztük kommunikáció: ebből is érezzük szétfolyónak, „szerkesztetlennek”, ugyanakkor végtelennek „monológját” – ami talán nem is véletlenül került monológ formájában az interjút tartalmazó kötetbe. Hiszen énejeinek legfeljebb időbeli dimenziói vannak, de – a szelfpluralisztikus elméletek értelmében – térbeliek nincsenek.

Összefoglalás

Összegzésként megállapíthatom, hogy a napjaink közbeszédét uraló droghasználó, kábítószeres diskurzus rendelkezik azzal a jelentésteremtő és „kolonizáló”, kisajátító erővel, hogy más narratívákat maga alá gyűrjön, vagy inkább magába olvasszon. Ilyen volt az előző történetekben az alkohol-, a rossz lány- vagy a bulímiás narratíva. Utóbbinál a személyesség, az intimitás egyfajta elkerülését is jelentheti – feltételezhetjük. A drogfüggőségből történő gyógyulásnak és felépülésnek (illetve az ebből származó veszteségnek) a betegség-narratívák értelmében sajátos lefolyásuk van: sokszor az ezt átélt – és a történetét elmesélni vagy leírni tudó – személy gazdagodik a „betegséggel”. Láttuk, hogy ez a gazdagodás – mint ahogy *Frank* is megállapítja – a személyiség „igazi”, „eredeti” valójának megismerését és felszínre kerülését jelenti. A felépült drogbetegeket nemcsak magukat, de sorstársaikat és a társadalmat is gazdagíthatják megszenvedett igazságaikkal. Ha a drogbetegség kialakulását nézzük, akkor

meg kell állapítani, hogy nemcsak a „naív” pszichológia, de a „tudományos” pszichiátria *kanonizált függőség-képe* sem felel meg teljesen a valóságnak: a függőség nem egynemű szubsztancia; nem feltétlenül jelenti az egyén azonnali és teljes testi-lelki-erkölcsi romlását. Szakaszokat, átmeneteket, „kacsaringókat” különböztethetünk meg, némelykor pedig ezek a „szakaszok” össze is folynak a racionalitásra törekvő megértés előtt. Ha a személyiség belső folyamatait tekintjük, akkor felfokozott küzdelmet látunk: nem is a drogfüggőség kialakulásánál, hanem a felépülés, a gyógyulás fázisában. Az addig mintegy háttérbe húzódó én(rész) fokozatosan átveszi (visszaveszi?) a hatalmat, először interpretál, majd kontrollál, végül örömforrásokat talál (persze, nem a drogban). A pluralisztikus szelfelméletek ezt a folyamatot részletesebben írják le: hogyan alakul ki a felépülés folyamán dialogikus és szimmetrikus (szimmetriára törekvő) kapcsolat a különböző én-részek, én-pozíciók között.

Zárásként jegyzem meg, hogy a drogos élmények a modern én megkonstruálásában – ábrázolásában, ugyanakkor kialakulás és ábrázolás nem választható el egymástól – milyen fontos szerepet tölthettek be. Ezek az élmények éppen az egységként tételezett személyiség (én) disszociációjához – vagy ennek felismeréséhez – járultak hozzá (lásd pl. Coleridge, Poe, Baudelaire, vagy akár Stevenson vagy Sir Arthur Conan Doyle egyes műveit); ma pedig az én-állapotok tolerálása, az én-állapotok közötti dialogikus kapcsolat (újra)létrejötte a gyógyulás feltétele és velejárója.

A témában megjelent önéletírások, vagy önéletrajzi interjúk

Buzai Borbála (é.n.): A sárkányos lány. A drogfüggőségtől a szabadulásig. Alexandra, Pécs.

Sinkáné Sinka Rita (2004): Kővirág. A drogpokol hétköznapijai. L'Harmattan, Budapest.

Gáll Szabolcs Balázs (2002): Száraz létünk fekete napjai. Versek, novellák, naplójegyzetek, interjúrészletek, 1987–2000. Egészség Virág Egyesület, Budapest.

Pusztaháziné Gazdag Ilona (2001): Más világ. Egy anya naplójából. Tükörcserepek (Anyá,... engedj el!).

Szerzői kiadás, Budapest.

Rácz Zsuzsa (1998): Kábítószeret. Csokonai Kiadó, Debrecen.

Varga Imre (2003): Anyagba zárva. Drogos sorstörténetek. Válasz Könyvkiadó, Budapest.

Varga Judit (2002): Éjfél után... S. László („Amszterdami” Lacika) önvallomása. Kolor Optika, Budapest.

Általános diszkusszió és következtetések

Az injekciós droghasználat elsősorban a hozzá társuló fertőző betegségek miatt jelent különösen súlyos népegészségügyi veszélyt. Az injekciós droghasználat aktusai – kiegészülve az alkalmazott drogok pszichofarmakológiai hatásával - összetett szociálpszichológiai jelenséget képeznek, melyek az adott személy élettörténetében és mindennapi életében jelentős szerepet töltenek be. Ennek az összetett jelenségnek a megismerését a disszertációban kvalitatív kutatással igyekeztem feltárni.

A disszertációban az utóbbi 5-6 évben végzett kvalitatív kutatásaim tapasztalatait összegeztem, elsősorban olyan interjúk alapján, melyeket injekciós droghasználókkal készítettünk. Az interjúkban az injekciós droghasználók élettörténeti, droghasználati narratívái álltak a vizsgálódás középpontjában – kiegészülve az interjúkészítő speciális, az interjú során elfoglalt pozícióival. Vizsgáltam az injekciózás tereit és szcénáit, az injekciózással összefüggő kockázatok kialakulását és a kockázatok kontrollálására, menedzselésére tett kísérleteket, ebben a droghasználók ágenciájának szerepét, egyben az ágencia megkonstruálásának és megkérdőjeleződésének oszcillálását az elbeszélői szövegekben. Értelmezni próbáltam a „kíváncsiság” mint a droghasználat, illetve speciálisan az injekciós alkalmazás kialakulására adott magyarázat szerepét. Végül, felépült droghasználók publikus önéletírásai kapcsán a felépülési narratívákat mint speciális betegség-narratívákat és azok szelfpluralisztikus szemléletű értelmezését mutattam be.

Az injekciós droghasználat népegészségügyi ártalmai: a téma indoklása

Az injekciós droghasználat Magyarországon az 1990-es évektől terjedt el; az Egyesült Államokban és az Európai Unióban az utóbbi évtizedekben előfordulása hullámszerű lefutást mutatott: időnként elterjedt, majd időszakosan csökkent az injektálók száma (UNODC, 2006). Gyorsan változhat az is, milyen szereket, milyen társadalmi csoportok használnak injektálva. Az *injekciós használat* azonnali, súlyos, akár halálos túladagolást előidéző veszélyei mellett elsősorban a *társuló fertőző betegségek* jelentik a népegészségügyi ártalmakat: ezek az ártalmak *szexuális úton* a nem-injekciós és nem-droghasználó populációban is megjelennek. Ezek a fertőző betegségek Magyarországon egyelőre mint kockázatok vannak jelen, ugyanakkor a HIV/AIDS tekintetében a szomszédos kelet-európai, a volt-Szovjetunió tagországaiban a világon a legmagasabb az injekciós droghasználók között terjedő fertőzés.

Korábbi vizsgálataink során önbevallás módszerrel és nyálteszttel is azonosítottunk HIV fertőzött injekciós droghasználókat (Rácz, Ujhelyi és Fehér, 2002). A hepatitisz C formája Magyarországon elterjedtebb, azonban az Európai Unió „átlagot”¹⁹ nem éri el (Bánhegyi, Ujhelyi és Zacher, 2002; Nemzeti Drog Fókuszpont, 2006). Az injekciós droghasználókkal foglalkozó kutatások egyik fő célja a fertőzési mutatók alacsony szinten tartása, amely cél csak komplex szakpolitikákkal érhető el.

E szakpolitikák középponti eleme ebben a körben a könnyű hozzáférést biztosító, ún. *alacsony-küszöbű és ártalomcsökkentő szolgáltatások* (lásd: Rácz, 2005b). Ezek a szakpolitikák igénylik a bizonyítékokon alapuló beavatkozásokat, melyek viszont szükségessé teszik az injekciós droghasználat jelenségének komplex, antropológiai, szociológiai, szociálpszichológiai és személyiségpszichológiai megértését. Előjáróban is szükséges hangsúlyozni, hogy az injekciós magatartások között az egyes földrajzi régiók, illetve történeti korok szerint is nagy különbségek lehetségesek, továbbá maga az injekciós alkalmazás (az alkalmazott drogok típusai, az injekciózásban résztvevő társadalmi csoportok, az injekciózás társas és technikai jellemzői) igen gyorsan változnak. Ez a kutatások – és a kutatók - hasonló gyorsaságú alkalmazkodását követeli meg.

Az injekciós magatartások értelmezése számára a *Beck-féle kockázati társadalom* (Beck, 2003) felfogás azzal az előnnyel jár, hogy a kockázatot mint az erre a társadalomtípusra jellemző diskurzust azonosíthatjuk, másrészt rámutathatunk e diskurzusnak az egyént mindenekfelett felelőssé tevő (responsibilisation) voltára – ami a stigmatizáció és a kizárás, elkülönítés új formáit teremtheti meg. A kockázati magatartások élvezetkereső, „kockázatkereső” funkciójáról sem feledkezhetünk el, amit e lassan dominánssá váló szociológiai diskurzus hajlamos háttérbe szorítani – ahogy a társadalmi diskurzusban, ugyanígy, egy másik szinten, a városi terek megszervezése kapcsán is. Ismét beigazolódni látszik Christie (1986) megfigyelése a droghasználókról, mint „*megfelelő ellenségekről*”...

A disszertációban bemutattam az injekciós droghasználat (Magyarországon elsősorban a heroinhoz és az amfetaminhoz köthető) előfordulási gyakoriságát érintő, közvetett és közvetlen mutatókat (populációs becslések, előfordulás a kezelésre jelentkező droghasználók között). Magyarországon injekciós droghasználókkal a szerzőn kívül – részben a szerzővel

¹⁹ A fertőzés előfordulása az Európai Unióban nagy szóródást mutat, ezért az átlag fogalmát nehéz értelmezni.

együttműködve – a Gyarmathy V. Anna, illetve az Alan Neaigus (National Development and Research Institutes, New York) vezette kutatócsoporton kívül, lényegében más nem végzett szociológiai, etnográfiai, szociálpszichológiai kutatásokat.

E kutatások nyomán kirajzolódnak a magyarországi injekciós droghasználók *kockázati magatartásai* (direkt és indirekt injekciós eszköz-megosztás, szexuális kockázati magatartások) és *kockázátészlelési* jellemzői (utóbbit elsősorban a Becker-féle –1984 - „egészséghit-modell” adaptációival végeztük el, részben pedig etnográfiai tapasztalatokat vettünk figyelembe). A nagy gyakoriságú kockázati magatartások kisebb injekciós netwörkökön belül jelennek meg; ugyanakkor a droghasználók a kockázatokat alulbecslik. Különösen érvényes ez a szexuális kockázatokra (Márványkövi, Melles és Rácz, 2006b). Megfigyelhető az is, hogy a kockázatok, illetve a kockázatok alulbecslése a „dezorganizáltabb” injekciós csoportokra jellemzőbb (hajléktalanok, krimenes előzmények, alacsonyabb iskolai végzettség) (Gyarmathy és mtsai, 2006; Gyarmathy és Neaigus, 2005; Rácz, Máthé-Árva és Fehér, 2003; Rácz és mtsai, 2007; Rácz, 2005bc; Márványkövi, Melles és Rácz, 2006a). Azt is tapasztaltuk, hogy éppen a problémásabb háttérű és hosszabb használói múlttal jellemezhető injekciós használók jutnak nehezebben egészségügyi vagy szociális szolgáltatásokhoz (Márványkövi, Melles és Rácz, 2006a). E szolgáltatások (az ún. alacsony-küszöbű szolgáltatások) Magyarországon alulfejlettek, és éppen a fertőző betegségek jelentette kihívásoknak nem felelnek meg (Gyarmathy és mtsai, 2004, Márványkövi és Rácz, 2005). A kisebb injekciós netwörk, a hepatitisz fertőzöttséggel kapcsolatos szerostátusz feltárása egymás előtt, valamint az ennek nyomán előálló változások, pl. a szűrési sorrend megváltozása, kockázatcsökkentő, kockázatmenedzselő szerepet töltenek be (Gyarmathy és Neaigus, 2005, Rácz és mtsai, 2007, Gyarmathy és mtsai, 2006). Az injekciós droghasználók kevésbé integrált, mobil csoportjai ugyanakkor egyfajta hídpopuláció szerepet betöltve, továbbíthatják a HIV fertőzést, így potenciálisan magasabb kockázati csoportot jelentenek (Gyarmathy és Neaigus, 2005). A „gyors helyzetfelmérés és válasz” (rapid assessment and response, RAR) módszerrel készített, az injekciós droghasználattal kapcsolatos problémákra és megoldási lehetőségekre vonatkozó, kulcsszemélyekkel (szakemberek, közpolitikai szakértők, önkormányzati képviselők, injekciós droghasználók, stb.) országos vizsgálatunk szerint az országban jelentős regionális különbségek tapasztalhatók: Budapest, Miskolc és Szeged térsége vezet az injekciós droghasználat előfordulása tekintetében; ugyanakkor a rendelkezésre álló források is egyenlőtlenül oszlanak

meg az országban, egyes megyék fehér foltot jelentenek az ellátást (bármilyen, droghasználókat érintő ellátást!) tekintve (Rácz és Ritter, 2003)²⁰.

Az injekciós droghasználók egyes csoportjai, illetve egyes tulajdonságai kvalitatív módszerekkel érhetők el, illetve ismerhetők meg: a kvalitatív kutatások reneszánsza kapcsolódik az injekciós droghasználókhoz és a körükben az 1980-as évektől terjedő HIV fertőzéshez. Ez a módszercsoport volt az, mellyel ezeket a csoportokat el lehetett érni és releváns ismereteket lehetett szerezni a fertőzéshez vezető kockázati magatartásokról, és azok használók általi értelmezéséről. Utóbbiaknak is szerep jutott az injekciós használókat célzó intervenciók kidolgozásában: a magatartásváltozáshoz a jelentés ismeretére is szükség volt, a jelentés megváltoztatása befolyásolta a kockázati magatartások megjelenését. Pl. a közös tűhasználat mint a barátságot és partnerséget mutató használói értelmezés megváltoztatása a közös használat előfordulását is csökkentheti.

A disszertációban kb. 90 injekciós droghasználóval készült interjút elemeztem; azonban nem szabad arról megfeledkezni, hogy a kvalitatív kutatásoknak csak egy részét képezik az interjúk: a megfigyelés, az interjúvolók benyomásai és egyéb információk legalább annyira fontosak. Az injekciós droghasználókkal végzett vizsgálat eredményei esetenként jobban értelmezhetővé válnak, ha más szereket használóival, illetve hasonló publikus szcénákban élő csoportok tagjaival hasonlítjuk őket össze (ilyen kutatások is folytak, ezekre azonban csak utalásszerűen hivatkozom, részletesebben lásd: Rácz, 2006a, 2007). Úgy találtam, hogy a *networking*, a *megfigyelés* (és a megfigyelési idő alatt szerzett kapcsolatok) és a *privilegizált hozzáférés* ötvözte bizonyult a leghatékonyabb módszernek az interjúalanyok elérésében. A megfigyeléseket, az interjúvolók megjegyzéseit *memók* formájában használtuk fel a kutatásban (mellyel ezek az információk is beemelhetők az analizálandó kutatási nyersanyagba).

A kvalitatív kutatások során nemcsak az interjúelemzés szempontjait kell meghatározni, hanem a kutatókat is pozicionálni kell az interjúalanyok, tágabb értelemben a terep viszonylatában, illetve a disszertáció *szerzőisége* is reflexió tárgya kell, hogy legyen. Ennyiben ezek a kutatások eltérnek a hagyományosnak mondható kvantitatív kutatásokról, ahol ezekkel a kérdésekkel explicit módon nem foglalkozunk. A kvalitatív kutatásoknál erre

²⁰ A RAR módszer hazai adaptációja bekerült az EMCDDA módszertan-gyűjteményébe (Evaluation Instrument Bank).

azért van szükség, hogy a kutatási módszer jelentette „szubjektív” torzításokat, „hibákat” beemeljük a kutatás folyamatába, és azokat éppen úgy elemzés tárgyává tegyük, mint a célcsoportként meghatározott injekciós droghasználókat, illetve a velük készült interjúkat. A szerzőiség pozicionálásához az etnometodológiai hagyományokból táplálkozó *Harré* és *Langenhove* (1999) féle *pozicionálási elméleteket*, illetve a *szelfpluralisztikus* megközelítéseket használtam fel; utóbbiak nagyban építenek az irodalomelméletből ismert *Bahtyin dialogikus én* és *polifonikus narratíva* koncepcióira.

Az injekciós droghasználókkal készült interjúsorozat a „*lehorgonyzott elmélet*” (*Grounded Theory*) szempontjait követte, ugyanígy az interjúk feldolgozása, kódolása is eszerint az elmélet szerint történt, az *Atlas.ti* szövegfeldolgozást segítő számítógépes program segítségével. Az interjúk készítésénél elsősorban a *mcadams-i* életút, illetve ágencia szempontokat használtuk fel; kiegészítve a droghasználatra vonatkozó specifikus kérdésekkel.

Tapasztalatok

A kutatás elméleti haszna, az injekciós droghasználat jól definiált szituációkhoz és társas kapcsolatokhoz kötése mellett (Rhodes és mtsai, 2005; Rhodes, 2002) az *elbeszélői pozíció előtérbe helyezése*: így a droghasználók által elmondott történetek és történetfragmentumok kerülnek az elemzés előtérbe. *Iser* (2004) „*elcsúszó alakzatai*” válnak így a kutatás tárgyává, melyek megértése azonban nem volna lehetséges, ha az interjú készítőjét vagy a kutatás vezetőjét, a kutatási beszámoló szerzőjét nem tenném analízis tárgyává. Így jobban értelmezhetővé válik az injekciós használók narratíva-típusai, azok időbeli, nemlineáris felépülése, megszerkesztése, a használók ágenciája és annak folytonos oszcillálása az ágencia és a felmentés között, továbbá a gyógyulás (felépülés) folyamata.

A droghatások narratíváit *László* (1999, 2003, 2004, 2005) közelítettem, és igyekeztem bemutatni a heroinhoz és az amfetaminhoz társuló droghasználói narratívákat. A két szer pszichofarmakológiai különbözősége ellenére ezek a narratívák inkább hasonlóságokat mutattak lefutásukat tekintve (Rácz, 2006a).

A droghatások narratíváit a *Latour-féle* (1996, 2005) „*Actor Network Theory*” fogalomrendszere segítségével értelmeztem, ahol az injekciós tű, a drog, a vér (amellyel a fertőző betegségek terjedhetnek), a pénz mint *nemhumán ágensek* ugyanolyan szerepet

kapnak, mint a „humán” ágensek, azaz az injekciós droghasználók, az utóbbiak társas kapcsolatai és a droghasználathoz – és a közös injekciós szerelékhez – kapcsolódó jelentéseik, szokásaik. Bár az injekciózáshoz használt szerek (Magyarországon: heroin és amfetamin) között lényeges pszichofarmakológiai eltérések vannak, ezek a szerek nyújtotta közvetlen élményben jelennek csak meg (ha egyáltalán megjelennek); a hosszú távú hatásoknál már eltűnik a kétféle szerhasználói narratíva közötti különbség. Így beszélhetünk a szerek „*drogalitásáról*” (noha az élmény változik, de a hosszú távú hatás hasonló); a rövid távú élmények esetében pedig egyfajta *hiposzimbolizációról, preverbalitásról, re-szomatizációról* van szó (Wurmser és Khantzian nyomán), ami magyarázhatja, miért nem tudnak a szerek használói beszámolni az élményeikről.

Bemutattam, hogy nem annyira a szerek hatása, inkább a droghasználói *szcénák* között van különbség: az integrált injekciós használók és a dezintegrált, a város publikus tereit (térben és időben átmeneti: liminoid tereit; Turner, 2002, 2003, nyomán) használó dzsánkik között. A *szcénák* és az *útvonal* (pathway) pontosabb leírást ad az injekciós droghasználók szcénákon átívelő mozgásáról és határátlépéseiről, mint a hagyományos szubkultúra és drogos karrier fogalmak. Az *útvonal* egyben arra is alkalmas, hogy jobban megértsük, hogyan változtatják az egyes magatartásformáikat az egyes szerhasználók, akár az injekciós használattal kapcsolatban is. Szó sincs egyirányú, lineáris karrierokről, melyek (Becker, 1974, eredeti feltevését cáfolva) nem végződnek minden esetben egy injekciós csoportba való beérkezéssel! Az injekciós droghasználók az elbeszélés és a drogos karrier linearitása helyett a következőkkel jellemezhetők:

- Folyamatos jelen
- Időbeli hurkok
- Monologikus elbeszélés
- Az elbeszélői pozíció és perspektíva váltogatása
- Határátlépések a különböző szcénák között
- Egyszerre több szcénában történő részvétel, sodródás a szcénák között és ezek kifejezése az elbeszélésben (ugrások, történet-hurkok és -hiányok, elszegényedett narratív tájkép: Dimaggio és mtsai, 2003)
- Kiszámíthatatlanság, sors, véletlen emlegetése, és az ezek kontrollálására tett kísérletek

A fertőző betegségekkel kapcsolatban összefoglalóan a *fertőzési kronotoposz* kifejezést használtam (Bahtyin nyomán). Amiért ennek a fogalomhasználatnak értelme van, az az, hogy egyesíti a fertőzéssel kapcsolatos kockázati magatartások legfőbb általános jellemzőit: időbeli és térbeli viszonyait. Ezek jószerivel mind a Turner-i (2002, 2003) *liminoid szférához* és a *szcénabeli határátlépésekhez* köthetők; valamint e magatartások visszatérően ismétlődnek, az ismétlődés révén a kiszámíthatóság látszatát kölcsönözve a jelenségnek – ahogy az interjúalanyok ezt meg is fogalmazzák. Ebben az értelemben hasonlítanak a „kaland” kronotoposzhoz. A kockázati magatartásoknál az olyan fogalmaknak, mint *véletlen*, *sors*, *kiszámíthatatlanság*, *határátlépés*, kiemelkedő jelentősége van. E kifejezőelemek is mutatják a droghasználó viszonyulását élettörténetéhez, élettörténeti mozzanataihoz, valamint ágenciájának ellentmondásait. A *véletlen*, a *kivételes eset* kifejezések ugyanakkor a kockázati magatartások helyzet- és társas kapcsolatfüggését, valamint a kockázatok menedzselésére tett kísérleteket is érzékeltetik. Tapasztalataim szerint a közösen vásárolt drog *elosztásának* különösen fontos szerepe van a kockázati magatartások létrejöttében: többen vásárolnak drogot, amit közösen osztanak el, amikor a közös/megosztott eszközhasználat gyakorisága – továbbá a véletlen, a sors, a kiszámíthatatlanság, a „kivétel” – gyakran érvényesül. A kockázati magatartásokat a *Rhodes-i kockázati környezet* fogalmával magyaráztam (Rácz, 2004, 2005c); a fogalom magyarországi adaptációja – összehasonlítva szintén ehhez a fogalomhoz társítva a kelet-európai kockázati magatartásokat és azok környezetét – magyarázatot adhat arra, miért alacsony Magyarországon a HIV/AIDS előfordulása injekciós droghasználók között: számos kelet-európai jellemző ugyanis Magyarországon nem található meg (elsősorban a közös elkészítéssel és az eladással kapcsolatos magatartások, valamint a Rhodes-i disztális faktorok, azaz a droghasználattal és az egészségüggyel, a szociálpolitikával kapcsolatos közpolitikák különbsége). A *kockázati környezet* fogalma arra is felhívja a figyelmet, milyen fontos szerepet töltenek be az ártalomcsökkentő intervenciók, az ártalomcsökkentő drogpolitika, illetve egészen konkrétan pl. a *rendőrség „tűpolitikája”* vagy az, hogy a gyógyszerárban szabadon lehessen injekciós tűt kapni, a fertőző betegségek alacsony szinten való tartásában (Rácz, 2002ab, 2004, 2005c). Ezt azért fontos hangsúlyozni, mert Magyarországon egyes véleményformáló csoportok visszatérően korlátozni kívánják a steril tűhöz jutást, aminek súlyos következményei lennének.

Az injekciós droghasználók *döntését, személyes felelősségét* érinti az *ágencia* kérdése: mennyire mondható, hogy ők a „sorsuk”, élettörténetük alakítói. Tapasztalataim szerint az injekciós használók domináns módon alkalmazzák a *felmentés* típusú *magyarázatokat* (az

etnometodológusok által használt „account-ban”; a Scott és Lyman, 1968, által leírt kategóriákat). Ez az elbeszélői mód emlékeztet Davies (1997) „*drugspeak-nek*” nevezett elbeszélés-szerkesztésére, ahol a droghasználók különböző orvosi kifejezésekkel (pl. függő vagyok, elvonásom van, sóvárgok a drog iránt) felmentik magukat a személyes felelősségvállalás alól. Ez a terápiába kerülést megnehezíti, de az interjúalanyok szempontjából érthető ez az elbeszélői pozicionálás: hiszen társadalmilag elítélt magatartást folytatnak, amivel – mármint a társadalmi elítéléssel – ők is tisztában vannak. Így önértékelésük legalább egy részét meg tudják őrizni. Megfigyelhettük azt is, hogy az injekciós droghasználók nem adják fel ágenciájukat teljes mértékben; az ágencia mcadams-i kritériumai és az ágencia tagadása (felmentés és igazolás) *oszcillálnak* az interjúk folyamán, ami a narratívájuk egyik fontos mozgató eleme. Az injekciós droghasználóknál találoztunk *áldozati, kontaminációs, tragikus* narratívákkal; a közös ezekben az elsősorban *monologikus* formában előadott történetmesélés: a szerhasználó sem saját énjével, sem pedig az interjúkészítővel nem képes *dialogikus* kapcsolatot kialakítani. Ennek gyakorlati értelme az, hogy a másik félre nézve az ilyen elbeszélések érzelmileg megterhelők, kognitív úton pedig „zsákutcát” jelentenek; ezt valahogy ellensúlyozni kell (pl. hivatásos segítők esetén esetmegbeszéléssel vagy szupervízióval). A „*drugspeak*” felveti a kockázati társadalommal kapcsolatban hangsúlyozott „*felelőssé tevés*” kérdését: látjuk, hogy itt a személyes felelősség – társadalmi meghatározottságok – a drogok pszichofarmakológiai hatása közötti vékony ösvényen próbálunk egyensúlyozni. Ez egy-egy interjú elemzésekor sem egyszerű feladat, az injekciós droghasználókkal kapcsolatos szakpolitika kialakításakor pedig különösen felelősségteljes vállalkozás!

Az előző témától – egyéni döntés, személyes felelősség – nem áll távol a *kíváncsiság* kérdése sem. Kvantitatív vizsgálatok visszatérő, „standard” válasza egy-egy drog kipróbálására vonatkozóan az, hogy „kíváncsi voltam”. Egy kvalitatív kutatásnál, nyilván, nem elégedhetünk meg egy ilyen válasszal. Mit jelent a kíváncsiság: mit jelent a kifejezés és mit az az interakciós helyzet, amelyben az interjúalany ezt alkalmazza? Az interjúelemzésekből – nem utolsósorban az interjúvoló megnyilvánulásaiából – kiderült, hogy a kíváncsiság összetett konstrukció. Már a fogalom pszichológiai konstrukciója sem egyszerű, az interjúalanyok által használt értelme pedig még inkább összetett. Csak röviden összefoglalva, a kíváncsiság jelentheti a következőket (Rácz, 2006a):

- Felmentés (a Scott és Lyman-i értelemben) kiegészülve a Pomerantz-féle (1986) extrém eset formulációval – ezzel a kíváncsiság egy tovább nem bontható választ képez, ami további magyarázatra nem szorul;
- Kockázatkeresés indoklása és mutatója;
- A kíváncsiként való pozicionálás megfelel a későmodernkori szubjektum pozíciójának (lásd Bauman élmény-gyűjtögetőjét);
- Kortárs csoport (szcénabeli) konformitás: ami első pillantásra éppen a kíváncsiság (mint egyfajta nonkonformitás) céljaival ellentétesnek látszik (lásd még az interjúvolók magyarázatait: kíváncsiak voltak az interjúalany bizony jellemzőire);
- A kommunikáció lezárása, ahogy a felmentés kapcsán erre utaltam, csak itt erőteljesebben valósul meg; az interjúalany „nem hajlandó” a témáról többet mondani.

Az injekciós droghasználók publikus (azaz könyvben kiadott) „gyógyulási történeteiben”, azaz *felépülési narratíváiban* a *Frank-féle betegség narratívákra* (Frank, 1995) ismerhetünk. Ez azért érdekes, mert Magyarországon ma még nem állnak készen azok a felépülési narratívák (master narratívák), melyek utat mutathatnának egy felépülő droghasználónak, hogy miként konstruálja meg és beszélje el (írja meg) gyógyulását. Főleg az Egyesült Államokban ezt a mintát a Névtelen Alkoholisták (Névtelen Narkománok, AA, NA stb.) felépülési narratívái adják meg. Így, ennek hiányában – véleményem szerint – nagyobb hangsúlyt kapnak a felépülő droghasználók *intraperszonális* viszonyai: nevezetesen az énjeik közötti viszonyok alakulása; az elnémított én „megszólalása”, majd egy dialogikus kapcsolat kialakulása a felépülő szerhasználó énjei között (a szelfpluralisztikus elméletek szerint, illetve megint utalhatok Bahtyin „polifonikus” fogalmára). A felépülés sikertelenségénél (*Amszterdami Lacika* esetében) pedig a *káosz-narratívát* látjuk (Frank, 1995, nyomán), amivel már korábban, más interjúknál is találkoztunk. Itt felhívom a figyelmet a káosz-narratívának arra a tulajdonságára, hogy mivel a hallgató számára nehezen elviselhető, ezért sokszor némaságra ítéltetett. A káosz-narratíva pedig alkalmas lehet arra, hogy ezeket a némaságra ítéltetett szereplőket (és – tehetjük hozzá – énjeiket) megszólaltassa, mutatva az injekciós droghasználat narratíván és retorikailag is megkonstruált (Hyden, 1995) *circulus vitiosus*-ait. A felépülő droghasználók narratíváinak tanulsága – a káosz-narratívával való összehasonlítás után is – a *szelf-fogalomban* bekövetkező változás (Rácz, 2006b). Ezt a változást ugyanolyan fontosnak tartom, mint a több szerző által leírt *identitásváltozást* (McIntosh és McKegany, 2000, 2001): amikor a szerhasználó identitású személyből „egészséges”, absztinens, józan

identitású személy válik; a felépülés során megváltozik a „*beszennyezett*” (spoiled) identitása (Goffman, 1963, nyomán). A szelfpluralisztikus elméletek ennek a folyamatnak mintegy a mélyére, a finomabb, összetettebb folyamatokra világítanak rá. A folyamat ismerete a terápiás kapcsolat kialakítása és értelmezése szempontjából kaphat gyakorlati jelentőséget (lásd erről Kelemen és B. Erdős, 2004, B. Erdős és mtsai, 2003, 2006, Péley, 2002).

Következtetések

Az injekciós droghasználókkal kapcsolatos kvalitatív kutatás a következő szociálpszichológiai jelenségekre irányította a figyelmet:

A kutatás elméleti haszna, az injekciós droghasználat jól definiált szituációkhoz és társas kapcsolatokhoz kötése mellett – amit a kockázati környezet fogalma fed le - (Rhodes és mtsai, 2005; Rhodes, 2002; Rácz, 2004, 2005c) az *elbeszélői pozíció előtérbe helyezése*: így a droghasználók által elmondott történetek és történetfragmentumok kerülnek az elemzés előtérbe. Iser (2004) „*elcsúszó alakzatai*” válnak így a kutatás tárgyává, melyek megértése azonban nem volna lehetséges, ha az interjú készítőjét vagy a kutatás vezetőjét, a kutatási beszámoló szerzőjét nem tenném analízis tárgyává. Így jobban értelmezhetővé válik az injekciós használók narratíva-típusai, azok időbeli, nemlineáris felépülése, megszerkesztése, a használók ágenciája és annak folytonos oszcillálása az ágencia és a felmentés között, továbbá a gyógyulás (felépülés) folyamata.

A kutatás gyakorlati haszna, hogy olyan alacsony-küszöbű és ártalomcsökkentő drogpolitikára vonatkozóan fogalmazhatók meg javaslatok, melyek nemcsak a droghasználó *emberi jogait* tartják tiszteletben (személyes döntés, egyéni felelősség), hanem a *közösség* érdekében is végzett ártalomcsökkentő intervenciókat teszik tudományosan megalapozottakká (az „evidence-based” szemléletnek megfelelően).

A kutatás közvetlen gyakorlati hasznosulása pedig a „*Nemzeti stratégia a kábítószerprobléma visszaszorítására*” Országgyűlési határozatban (2000) megfogalmazott szakpolitikák érvényesülése, tudományos bizonyítékokkal történő alátámasztása, az emlegetett alacsony-küszöbű és ártalomcsökkentő szolgáltatások működtetése, valamint a különböző drogokat használók *terápiás protokolljainak* vonatkozásában (Hoyer és mtsai, 1998, Rácz, 2006c). A kvalitatív kutatások olyan szempontokat is felvethetnek, melyeket a kvantitatív kutatások

nem, illetve ezeket a szempontokat kvantitatív kutatásokkal lehet egy második fázisban ellenőrizni. A hazai drogpolitika bizonyítékokon alapuló alátámasztása mellett folyamatban van az Európai Unió drogpolitika hasonló jellegű áttekintése²¹ (az *Európai Unió drogstratégiája és akcióterve*, 2005-2012; a Drogok és Drogfüggőség Európai Megfigyelő Központja, European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, koordinálásával), illetve az ENSZ kábítószer-politikájának értékelése, különös tekintettel a 2008-ban lezáródó 10 éves ENSZ kábítószer-program befejeződésére (UNGASS, 1998).

A kutatás gyakorlati haszna volt végül az, hogy a *Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia* nemcsak kiindulási pontként szolgált a az interjúalanyok eléréséhez, hanem a tapasztalatok alapján az alacsony-küszöbű és az ártalomcsökkentő szolgáltatásokat jobban az injekciós droghasználó kliensek igényei szerint tudtuk alakítani (mobil tűcsere-program, Kontakt Kávézó mint megkereső pont és egyéb megkereső szolgáltatások, HIV és hepatitisz szűrés stb., lásd pl. Marián és mtsai, 2004). A kutatásban résztvevő segítő munkatársak számára pedig a kutatás egy másfajta találkozási és interakciós felületet jelentett az injekciós droghasználókkal, aminek a hatását most már a kutatók élettörténeti (jelentős életesemény, fordulópont) és szakmai karrier-interjúival lehetne vizsgálni.

²¹ A Correlation Network keretében folyó kutatásainknak ilyen hatásuk is van: www.correlation-net.org.

Köszönetnyilvánítás

A szerző köszönetét fejezi ki a disszertáció kiindulópontjait jelentő interjúk alanyainak, az interjúk készítőinek és a feldolgozásban segítséget nyújtó kollegáknak, az interjúalanyok elérését lehetővé tevő szervezetek munkatársainak.

A disszertáció nem jöhetett volna létre a MTA Pszichológiai Kutatóintézet lassan 25 éves támogatása nélkül, amiért köszönet illeti az Intézet egykori igazgatóját, Pataki Ferencet, jelenlegi igazgatóját, Czigler Istvánt, és a Kognitív szociálpszichológiai csoport vezetőjét, László Jánost.

Köszönettel tartozom a Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar vezetőinek, Mészáros Judit főigazgatónak, Vingender Istvánnak, a Társadalomtudományi Intézet igazgatójának, hogy az oktatómunkám mellett időt biztosítottak számomra a disszertáció elkészítéséhez.

Köszönettel tartozom az ELTE Társadalomtudományi Kar, Deviancia-szakirány oktatóinak (elsősorban Bíró Juditnak és Bodor Péternek), a Drogtanulmányok Kutatóintézetének, valamint a szociológus hallgatóknak, akik terepkutatóként vettek részt a vizsgálatokban.

Sokat segített Gyarmathy V. Anna és Alan Neaigus (National Development and Research Institutes), a Correlation Network szakértői gárdája, továbbá Thomas J. Crowley (Division of Substance Dependence, University of Colorado School of Medicine), valamint Dagmar Hedrich (EMCDDA). A magyar segítők közül Márványkövi Ferencet és Füleki Katalint kell elsősorban megemlítenem.

Köszönettel tartozom Buda Bélának, aki az első publikációm óta szinte majd' mindegyiket segítette.

Végül, köszönettel tartozom a Kék Pont Drogkonzultációs Központ és Ambulancia munkatársainak a kutatásban nyújtott nélkülözhetetlen segítségükért és türelmükért.

Irodalomjegyzék

- Adams J.B. – Heath A.J. – Young S.E. – Hewitt J.K. – Corley R.P. – Stallings M.C. (2003): Relationships between personality and preferred substance and motivations for use among adolescent substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 29,3:691-712.
- Agar M. (1997): Ethnography: An overview. *Substance Use and Misuse*, 32: 1155-1173.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Washington, DC.
- Austin J.L. (1979): A plea for excuses. In: J.O. Urmson – G. J. Warnock (Eds.): *Philosophical papers*. Oxford: Oxford University Press. 175-204.
- Becker H.S. (1974): A kívülálló. Tanulmányok a deviancia szociológiai témaköréből. In: Andorka R., Buda B. és Cseh-Szombathy L.(szerk.): *A deviáns viselkedés szociológiája*. Gondolat Könyvkiadó, Budapest. 80-113.
- Bateson G. (1971): *Steps to an ecology of mind*. Balantine: New York
- Becker J.N.M.. (1984). The health-belief model: A decade later. *Health Education Quarterly* 11:1–47.
- Beck U. (1986/2003) : A kockázat-társadalom Út egy másik modernitásba. Budapest: Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság Századvég Kiadó.
- B. Erdős M. - Brettner Zs. - Mihaldinecz Cs - Kelemen G (2006): „Az eltűnt idő nyomában” - a drogfüggőség és a felépülés időélménye. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 5,4:
- B. Erdős M. – Kelemen G. – Csürke J. (2003): A felszabadulási rituálék szerepe egy élhető világ kialakításában. *Addiktológia*, 2,1: 29-52.
- Bahtyin M. (2001): *Dosztojevszkij poétikájának problémái*. Gond – Cura/Osiris, Budapest.
- Bahtyin M. (2004): *A szerző és a hős*. Gond-Cura Alapítvány, Budapest.
- Bakan D. (1966): *The duality of human existence: Isolation and communion in Western man*. Boston: Beacon Press.
- Bakhtin M. (1986): The Bildungsroman and its significance in the history of realism." 1937-38. Speech Genres and Other Late Essays. In: Emerson ED C és Holquist M (szerk.). Austin: U of Texas P. 10-59.
- Ball A.L. – Rana S. – Dehne K.L. (1998): HIV prevalence among injecting drug users: Response in developing and transitional countries. *Public Health Reports*, 113, Suppl 1:170-181.
- Bánhegyi D. – Ujhelyi E. – Zacher G (2002): Az intravénás droghasználat fertőző kockázatai. In: Topolánszky Á (szerk): *Jelentés a magyarországi kábítószerhelyzetről*. GYISM, Budapest. 81-88.

- Battersby J.L. (2006): Narrativity, Self, and Self-Representation. *Narrative*, 14, 1.
- Bauman Z. (1998a): *Globalization: the human consequences*. Cambridge, Polity Press.
- Bauman Z. (1998b): *Work, Consumerism and the New Poor*. Buckingham, Open University Press.
- Benedict B.M. (2001): *Curiosity. A cultural History of Early Modern Inquiry*. Chicago: University of Chicago Press.
- Berlyne D.E. (1957): Determinants of human perceptual curiosity. *Journal of Experimental Psychology*, 53, 399–404.
- Bocsarov Sz. (2004): M.M. Bahtyin – Hogyan látjuk őt születése századik évfordulóján. In: Bahtyin M (2004): *A szerző és a hő*s. Gond-Cura Alapítvány, Budapest, 318-350.
- Biernacki P. (1986): *Pathways from heroin addiction: Recovery without treatment*. Philadelphia: Temple University Press.
- BNO-10 Zsebkönyv*. (1996) Animula Egyesület, Budapest.
- Bruner J. (1986): *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, Harvard University Press.
- Buber M. (1958/1991): *Én és Te*. Európa Könyvkiadó, Budapest.
- Bunton R. (2001): Knowledge, embodiment and neo-liberal drug policy. *Contemporary Drug Problems*, 28,2:221.
- Calafat A. – Stocco P. – Mendes F. – Simon J. – van de Wijngaart G. – Pau Sureda M. – Palmer A. – Maalsté N. – Zavatti P. (1998): *Characteristics and social representation of Ecstasy in Europe*. IREFREA & European Commission. IREFREA ESPAÑA. Palma de Mallorca.
- Carlson, R. (1988): Exemplary lives: The use of psychobiography for theory development. In D.P. McAdams – R.L. Ochberg (Eds.): *Psychobiography and life narratives*. Durham, NC: Duke University Press. 105-138.
- Charmaz K. (2000): Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. In: Denzin N.K. – Lincoln Y.S. (szerk.): *Handbook of qualitative research*. Sage, Thousand Oak, 509-535.
- Christie N. (1986): Suitable Enemies. In: Bianchi H. – van Swaaningen R. (eds): *Abolitionism: Towards a Non-Repressive Approach to Crim*. Amsterdam: Free University Press, 42–54.
- Cooper M. (2003): "I-I" and "I-ME": Transposing Buber's interpersonal attitudes to the interpersonal plane. *Journal of Constructivist Psychology*, 16: 131–153.
- Coutinho R.A. (1998): HIV and hepatitis C among injecting drug users. *BMJ*, 317, 7156: 424-5.
- Csikszentmihalyi M. (1990): *Flow: The psychology of optimal experience*.

New York: HarperCollins.

Davies B. – Harré R. (1990): 'Positioning: the discursive production of selves'. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20: 43–64.

Davies J.B. (1993): *The Myth of Addiction*. London: Harwood Academic.

Davies J.B.(1997): *Drugspeak. The Analysis of Drug Discourse*. Overseas Publishers Association, Amsterdam B.V.

De Micheli D. – Formigoni M.L. (2002): Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? *Addictive Behaviors*, 27, 1: 87-100.

Deehan A. – Saville E.: Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England. *Home Office Online Report*, 43/03
<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr4303.pdf>

Denett D. (1991): *Consciousness explained*. Boston: Little Brown.

Denzin N.K. - Lincoln Y.S. (szerk.)(2000): *Handbook of qualitative research*. 2nd edition. Sage, Thousand Oak.

Derrida, J. (1981): Plato's Pharmacy. In Derrida, *Dissemination*. Chicago: University of Chicago Press. 61-173.

Des Jarlais D.C. - Dehne K. - Casabona J. (2001): HIV surveillance among injecting drug users. *AIDS* 15 Supplement 3 13-22.

Desrichard O. – Denarie V. (2004): Sensation seeking and negative affectivity as predictors of risky behaviors: a distinction between occasional versus frequent risk-taking. *Addict Behav.*, 30, 7:1449-53.

Diamond J. (2000): *Narrative means to sober ends: Treating addiction and its aftermath*. New York: The Guilford Press.

Dierker L.C. – Avenevoli S. – Goldberg A. – Glantz M. (2004): Defining subgroups of adolescents at risk for experimental and regular smoking. *Prev.Sci*, 5, 3:169-83.

Dimaggio C. - Salvatore G. - Azzara C. - Catania D. - Semerari A. - Hermans H.J.M. (2003): Dialogical relationships in impoverished narratives: From theory to clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 385–409.

Editor (2005): Who's here? Thoughts on narrative identity and narrative imperialism. *Narrative*, 13, 3.

Ehmann B. (2004): Elbeszélt élettörténeti epizódok időstruktúrája. In: László J. – Kállai J. – Bereczkei T. (szerk.): *A reprezentáció szintjei*. Gondolat, Budapest, 357-372.

Elekes Zs. (1997): Difficulties in estimating prevalence in Budapest. In: Stimson G.V. – Hickman M. – Quirk A. – Frischer M. – Taylor C. (szerk.)(1997): *Estimating the prevalence of problem drug use in Europe*. EMCDDA Scientific Monograph Series No 1., Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 225-230.

Elekes Zs. - Paksi B. (2005) Alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokások budapesti 9-10. évfolyamos középiskolások körében. Kézirat.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (2006): HIV/AIDS Surveillance in Europe. Mid-year report 2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2006. No.72.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2002): *Report on the drug situation in the CEECs*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. 2002.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2003): *The state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2006): *Annual report 2006: the state of the drugs problem in the Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Ezzy D. (2000): Fate and Agency in Job Loss Narratives. *Qualitative Sociology*, 23, 1, 2000.

Falconer R. (1998): Bakhtin's chronotope and the contemporary short story. *The South Atlantic Quarterly* 97, 3-4.

Fountain J. – Hartnoll R. – Olszewski D. – Vicente J. – Greenwood G. – Robertson K (szerk.) (2000): *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*. EMCDDA Scientific Monograph Series, No 4, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Foucault M. (1991) Governmentality. In Burchell G. - Gordon, C. - Miller P. (eds), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Harvester/Wheatsheaf, Sydney, pp. 87-104.

Frank A.W. (1995): *The Wounded Storyteller: Body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.

Friedman, S.R. - Neaigus A. - Jose B. – Curtis R. - Goldstein M.F. - Ildefonso G. et al. (1997): Sociometric risk networks and risk for HIV infection. *American Journal of Public Health* 87(8):1289-96.

Garfein R.S. - Vlahov D. - Galai N. - Doherty M.C. - Nelson K.E. (1996): Viral infections in short-term injection drug users: The prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency, and human t-lymphotropic viruses. *American Journal of Public Health* 86:655-61.

Geertz C. (1994): *Az értelmezés hatalma. Antropológiai írások*. Századvég Kiadó, Budapest.

- Giddens A. (1991): *Self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Gjeruldsen S. – Myrvang B. – Opjordsmoen S.(2003): Risk factors for drug addiction and its outcome. A follow-up study over 25 years. *Nord J Psychiatry*, 57:373—376.
- Glaser B.G. - Strauss A.L. (1967): *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Glaser B.G. (1978): *Theoretical sensitivity*. University of California, San Francisco.
- Glaser B.G. (szerk.)(1996): *Grounded theory: The basic social process dissertation*. Sociology Press, Mill Valley, Ca.
- Glaser B.G. (1998): *Doing grounded theory. Issues and discussions*. Sociology Press, Mill Valley, Ca.
- Goffman E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ.
- Griffiths P. – Gossop M. – Powis B. – Strang J. (1993): Reaching hidden populations of drugs users by privileged access interviewers: methodological and practical issues. *Addiction*, 88:1617-1626.
- Grund J.P.C. – Kaplan C. – Adriaans N. (1989): Needle exchange and drug sharing: A view from Rotterdam. *Newsletter of the International Working Group on AIDS and IV Drug Use*, 4, 1:4-5.
- Grund J.P.C. – Kaplan C. – Adriaans N. et al.(1990): The limitations of the concept of needle sharing: The practice of frontloading. *AIDS*, 4:819-821.
- Grund J.P.C. (1993): *Drug use as a social ritual: Functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Instituut voor Verslavingsonderzoek, Rotterdam.
- Gyáni G. (2003a): Narrativitás és jelentés-generáló retorikai elemek a történeti diskurzusban. In: Rákai O. – Z. Kovács Z (szerk.) (2003): *A narratív identitás kérdései a társadalomtudományokban*. Gondolat Kiadói Kör – Pompeji, Budapest – Szeged, 78-95.
- Gyáni G. (2003b): *Posztmodern kánon*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Gyarmathy V.A. - Neaigus A. (2005). Marginalized and Socially Integrated Groups of IDUs in Hungary: Potential Bridges of HIV Infection. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 82, 3, Supplement 4.101-112.
- Gyarmathy V.A. - Neaigus A. - Ujhelyi E. - Szabó T. - Rácz J. (2006): Strong HIV and hepatitis disclosure norms and frequent risk behaviors among young Hungarian drug injectors. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006; 82(Supplement 1): S65-S69.

Gyarmathy V.A. – Rácz J. – Neaigus A. – Ujhelyi E. (2004): The urgent need for HIV and hepatitis prevention in drug treatment programs in Hungary. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 16, 3: 276-87.

Hamers F.F. – Downs A.M. (2003): HIV in central and eastern Europe. *Lancet*, 361: 1035–44.
<http://image.thelancet.com/extras/02art6024web.pdf>

Hänninen V. – Koski-Jännes A. (1999): Narratives of recovery from addictive behaviours. *Addiction*, 94 (12):1837-1848.

Hänninen V. (2004): A model of narrative circulation. *Narrative Inquiry* 14(1):69-85.

Hänninen V. – Koski-Jännes A. (2004): Stories of attempts to recover from addiction. In: Rosenqvist P. – Koski-Jännes A. – Blomqvist J. – Öjesjö L. (eds): *Addiction and life course*, Helsinki: NAD, Publication 44. 231-246.

Harré R. (1983): *Personal being*. Oxford, England: Blackwell.

Harré R. – van Langenhove L. (szerk.)(1999): *Positioning theory*. Blackwell, Oxford.

Harrison P. (2001): Curiosity, Forbidden Knowledge, and the Reformation of Natural Philosophy in Early Modern England. *Journal of the History of Science in Society*, 92, 2:265-326.

Hecksher D. (2004): The individual narrative as a maintenance strategy. In: Rosenqvist P. – Koski-Jännes A. – Blomqvist J. – Öjesjö L. (eds): *Addiction and life course*, Helsinki: NAD, Publication 44, 247-266.

Helgeson V.S. – Fritz H.L. (2000): The implications of unmitigated agency and unmitigated communion of problem behaviors. *Journal of Personality*, 68,6:1031-1057.

Hermans, H.J.M. – Kempen, H.J.G. – Van Loon, R.J.P. (1992): The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47, 23–33.

Hermans, H.J.M. (2001a): The Construction of a Personal Position Repertoire: Method and Practice. *Culture & Psychology*, 7(3), 323–365.

Hermans, H.J.M. (2001b): The Dialogical Self: Toward a Theory of Personal and Cultural Positioning. *Culture & Psychology Vol. 7*(3): 243–281

Hermans, H.J.M. (2003): The construction and reconstruction of a dialogical self, *Journal of Constructivist Psychology*, 16:89–130.

Hicks D. (2000): Self and Other in Bakhtin's Early Philosophical Essays: Prelude to a Theory of Prose Consciousness. *Mind, Culture and Activity*, 7,3: 227–242

Hiroi N. – Agatsuma S. (2005): Genetic susceptibility to substance dependence. *Mol Psychiatry*, 10, 4:336-44.

- Hollway W. – Jefferson T. (2005): Panic and perjury: A psychosocial exploration of Agency. *British Journal of Social Psychology*, 44, 147–163.
- Holmberg M.B. (1985): Longitudinal studies of drug abuse in a fifteenyear-old population. 5. Prognostic factors. *Acta Psychiatr Scand*, 71:207—10.
- Hoyer M. - Tremkó M. - Komáromi É. - Rácz J. - Bányai É. A. (1998): *Az addiktológiai ellátás szakmai protokollja*. In: Bagdy E. (szerk.): A klinikai pszichológia és a mentálhigiéne szakmai protokollja. Animula Egyesület, Budapest, 31-48.
- Hydén L.-C. (1995): The rhetoric of recovery and change. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19:73-90.
- Irwin J. (1977): *Scenes*. Beverly Hills: Sage.
- Iser W. (2004): *Az értelmezés világa*. Gondolat Kiadó – ELTE Összehasonlító Irodalomtudományi Tanszék, Budapest.
- Itoi R. – Ohbuchi K.-I. – Fukuno M. (1996): A cross-cultural study of preference of accounts: Relationship closeness, harm severity, and motives of account making. *Journal of Applied Social Psychology*, 26: 913-934.
- James, W. (1890): *The principles of psychology* (Vol. 1). New York: Henry Holt.
- Jang K.L. – Vernon P.A. – Livesley W.J. – Stein M.B. – Wolf H. (2001): Intra- and extra-familial influences on alcohol and drug misuse: A twin study of gene-environment correlation. *Addiction*, 96:1307—18.
- Jensen, G.H. (2000): *Storytelling in Alcoholics Anonymous: A rhetorical analysis*. Carbondale, IL: Southern Illinois University Press.
- Johnston L. D. – O’Malley P.M. – Bachman J.G. – Schulenberg J.E. (2005): *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2004: Volume I, Secondary school students* (NIH Publication No. 05-5727). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Jones R.A. (2003): Between the analytical and the critical: implications for theorizing the self. *Journal of Analytical Psychology*, 48: 355–370.
- Jordens C.F.C. – Miles Little (2004): ‘In this scenario, I do this, for these reasons’: narrative, genre and ethical reasoning in the clinic. *Social Science & Medicine*, 58: 1635–1645.
- Kashdan T.B. – Rose P. – Fincham F.D. (2004): Curiosity and Exploration: Facilitating Positive Subjective Experiences and Personal Growth Opportunities. *Journal of Personality Assessment*, 82, 3: 291–305.
- Kashdan T.B. – Roberts J.E.(2004): Trait and State Curiosity in the genesis of intimacy: Differentiation from related constructs. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 6: 792-816.

- Kashdan T.B. (2004): Curiosity. In C. Peterson – M.E.P. Seligman (Eds.), *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association and Oxford University Press. 125-141.
- Katz J. (1988): *Seductions of Crime: Moral and Sensual Attractions in Doing Evil*. New York: Basic.
- Keane H. (2001): Public and private practices: addiction autobiography and its contradictions. *Contemporary Drug Problems*, 28:567-595.
- Kelemen G. – B. Erdős M. (2004): *Craving for sobriety. A unique Therapeutic Community in Hungary*. The Faculty of Humanities, University of Pécs and The Leo Amici 2002 Foundation.
- Kelley A.E. – Schochet T. – Landry C.F. (2004): Risk Taking and Novelty Seeking in Adolescence: Introduction to Part I. *N.Y. Acad. Sci.*, 1021: 27–32.
- Kelly P. (2001): Youth at Risk: processes of individualisation and responsabilisation in the risk society. *Discourse: studies in the cultural politics of education*, 22, 1: 23-33.
- Kelly J.A. - Amirkhanian Y.A. (2003). The newest epidemic: a review of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe. *Int J STD AIDS* 14:361–371.
- Kemp M. (2003): Hearts and minds: agency and discourse on distress. *Anthropology & Medicine*, 10, 2: 187-205.
- Kenel D. – Mathios A.D. – Pacula R.L. (2001): Economics of youth drug use, addiction and gateway effects. *Addiction*, 96: 151–164.
- Kenny N. (2004): *The uses of curiosity in early modern trance and Germany*. Oxford: Oxford University Press.
- Kenski K. - Appleyard J. - von Haeften I. - Kasprzyk D. - Fishbein M. (2001): Theoretical determinants of condom use intentions for vaginal sex with regular partner among male and female injecting drug users. *Psychology, Health & Medicine*, 6, 2:179-190.
- Keunen B. (2000): Bakhtin, Genre Formation, and the Cognitive Turn: Chronotopes as Memory Schemata Comparative Literature and Culture. *Webournal*, <http://www.arts.ualberta.ca/clcwebjournal/clcweb00-2/keunen00.html> Bart KEUNEN
- Khantzian E.J. – Mack J.E. – Schatzberg A.F. (1974): Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. *American Journal of Psychiatry*, 2:160-164.
- Khantzian E.J. – Treece C.J. (1977): Psychodynamics of drug dependence: An overview. In: Blaine J.D. – Julius D.A. (szerk.): *Psychodynamics of drug dependence*. NIDA Research Monograph 12. Government Printing Office: Washington, DC., 11-25.
- Khantzian E. J (1977): The Ego, the Self, and opiate addiction: Theoretical and treatment considerations. In: Jack D. Blaine – Demetrios A. Julius, M.D. (szerk): *Psychodynamics of drug dependence* . NIDA Research Monograph 12. U.S. Department of Health, Education,

and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. 101-117.

Khantzian E. J. (1983): An extreme case of cocaine dependence and marked improvement with methylphenidate treatment. *American Journal of Psychiatry*, 140, 6: 784-5.

Khantzian E. J. – Treece C. (1985): DSM – III Psychiatric Diagnosis of Narcotic Addicts. *Archives General Psychiatry*, 42. 1067-1071.

Khantzian E.J. (1991): Self-Regulation Factors in Cocaine Dependence—A Clinical Perspective. In: Schober, S., Schade, C. (eds.) *The Epidemiology of Cocaine Use and Abuse. NIDA Research Monograph Series 110*. NIH National Institute on Drug Abuse, Rockville. 211-216.

Khantzian E.J. (1999): *Treating Addiction as a Human Process*. Jason Aronson, Northvale.

Khantzian E. J. (1991): Self-Regulation Factors in Cocaine Dependence—A Clinical

Knight K.R. - Purcell D. - Dawson-Rose C. - Halkitis P.N. - Gome C.A. (2005): Sexual Risk Taking Among HIV-Positive Injection Drug Users: Contexts, Characteristics and Implications for Prevention. *AIDS Education and Prevention*, 17, Supplement A: 76-88.

Koester S.(1989): Water, cookers and cottons: Additional risks for intravenous drug abusers. In: *Epidemiologic Trends in Drug Abuse: Proceedings of the Community Epidemiology Working Group*, US Government Printing Office, 00768:118-120.

Koester S. (1996): The process of drug injection. Applying ethnography to the study of HIV risk among IDUs. In: Rhodes T. – Hartnoll R. (eds): *AIDS, drugs and prevention. Perspectives on individual and community action*. Routledge, London. 133-148.

Koski-Jännes A. (1998): Turning point in addiction careers: Five case studies. *Journal of Substance Misuse*, 3:226-233.

Koski-Jännes A. (2002): Social and personal identity projects in the recovery from addictive behaviours. *Addiction Research and Theory*, 10(2):183-202.

Kral A.H. - Bluthenthal R.N. - Lorvick J. - Gee L. - Bacchetti P. - Edlin B.R. (2001): Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. *The Lancet* 357 (9266):1397-1401.

Krauss B.J. - Wolitski R.J. - Tross S. - Corby N.H. - Fishbein M. (1999). Getting the message; HIV information sources of women who have sex with injecting drug users - a two site study. *Applied Psychology* 48(2): 153-173.

Lambert E.Z. – Ashery R.S. – Needle R.H. (szerk.)(1995): Qualitative methods in drug abuse and HIV research. *NIDA Research Monograph Series 157*. NIH National Institute on Drug Abuse, Rockville.

Larkin M. – Griffiths M.D. (2004): Dangerous Sports and Recreational Drug-use: Rationalizing and Contextualizing Risk. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 14: 215–232.

- László J. (1999): *Társas tudás, elbeszélés, identitás. A társas tudás modern szociálpszichológiai elméletei*. Scientia Humana/Kairosz, Budapest.
- László J. (2003): Történet, elbeszélés, identitás. In: Rákai O. – Z. Kovács Z. (szerk.) (2003): *A narratív identitás kérdései a társadalomtudományokban*. Gondolat Kiadói Kör – Pompeji, Budapest – Szeged, 156-172.
- László J. (2004): A második kognitív forradalom: a narratív pszichológia és a kognitív pszichológia viszonya. In: László J. – Kállai J. – Bereczkei T. (szerk.): *A reprezentáció szintjei*. Gondolat, Budapest, 324-340.
- László J. (2005): *A történetek tudománya. Bevezetés a narratív pszichológiába*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- Latour B. (ford.) (1996): *Aramis or The Love of Technology*, Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Latour B. (2005): *Reassembling the social. An introduction to actor-network-theory*. Oxford University Press, Oxford.
- Levy K.B. – O'grady, K.E. – Wish E.D. – Arria A.M. (2005): An In-Depth Qualitative Examination of the Ecstasy Experience: Results of a Focus Group with Ecstasy-Using College Students. *Substance Use & Misuse*, 40, 9/10: 1427-1441.
- Litman J.A. – Jimerson T.L. (2004): The measurement of curiosity as a feeling of deprivation. *J Pers Assess*, 82, 2:147-57.
- Loewenstein G. (1994): The Psychology of curiosity: A review and reinterpretation. *Psychological Bulletin*, 116, 1: 75-98.
- Loxley W. (1998): *Young injecting drug users and the risk of HIV/AIDS: Psychosocial and environmental constraints on safer drug using and sexual behaviour*. Monograph No. 1. National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, Division of Health Sciences, Curtin University of Technology, Perth, Western Australia.
- Loxley W. (2000): Double risk: young injectors and sexual relationships. *Sexual and Relationship Therapy*, 15,3:297-310.
- Luke S. (2003): *Better Roads, Better Brakes, More Speed: Exploring the history of connections between hepatitis C, needle exchange regulation, and amphetamine use in New Zealand*. Canterbury University Sociology department. New Zealand.
- Lupton D. (1999): *Risk*. Routledge, New York.
- Madianos M.G. – Gefou-Madianou D. – Richardson C. – Stefanis C.N. (1995): Factors affecting illicit and licit drug use among adolescents and young adults in Greece. *Acta Psychiatr Scand*, 91:258—64.
- Maffesoli M. (1996): *The Time of the Tribes*. Sage, London.

Maffesoli M. (1998). Presentism – or the Value of the Cycle. *Cultural Values*, 2 (2–3), 261–269.

Magyar Értelmező Kéziszótár. (1978) Akadémiai Kiadó, Budapest.

Marián A. - Balázs B. - Bujdosó B. - Lencse M. - Rácz J. (2004): Terápiás és alacsony-küszöbű programok kvalitatív értékelése a kliensek szemszögéből. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 3,2:160-190.

Marlatt G.A. – Barrett K. (1994): Relapse prevention. In: Galanter M. – Kleber H.D. (szerk.): *The American Psychiatric Press Textbook of substance abuse treatment*. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC, 285-299.

Martin C.A. – Kelly T.H. – Rayens M.K. – Brogli B. – Himmelreich K. – Brenzel A. – Bingcan C.M. – Omar H. (2004): Sensation seeking and symptoms of disruptive disorder: association with nicotine, alcohol, and marijuana use in early and mid-adolescence. *Psychol Rep.*, 94:1075-82.

Matt G.E. – Turingan M.R. – Quyen T. Dinh – Felsch J.A. – Hovell M.F. – Gehrman C.F. (2003): Improving self-reports of drug-use: numeric estimates as fuzzy sets. *Addiction*, 98: 1239–1247.

Mauss M. (2000): *Szociológia és antropológia*, Osiris kiadó, Budapest.

Márványkövi F. -s Rácz J. (2005): Alacsony-küszöbű, droghasználókat ellátó szolgáltatások jellemzői Magyarországon, 2004-ben. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 4,4, 431-459.

Márványkövi F. - Melles K. - Rácz J. (2006a): A kezelésbe és tücserébe jutás akadályai problémás droghasználók körében Budapesten. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 5,4:

Márványkövi F. - Melles K. - Rácz J. (2006b): Szex és drog: intravénás droghasználók kockázatszelélése és a viselkedési mintáinak összefüggései. *Psychiatria Hungarica*, 21,3:241-255.

McAdams D.P. (1993): *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: William Morrow.

McAdams D.P. – Hoffman B.J. – Mansfield E.D. – Day R. (1996): Themes of agency and communion in significant autobiographical scenes. *Journal of Personality*, 64, 339-378.

McConnell F.D. (1967): William Burroughs and the Literature of Addiction. *The Massachusetts Review*, 8, 4: 665-80.

McIntosh J. – McKeganey N. (2000): Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science and Medicine*, 50: 1501-1510.

McIntosh J. – McKeganey N. (2001): Identity and recovery from dependent drug use: the addict's perspective. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 8(1): 47-59.

- McIntosh J. – MacDonald F. – MyKeganey N. (2003): The Initial Use of Drugs in a Sample of Pre-teenage Schoolchildren: the role of choice, pressure and influence. *Drugs: education, prevention and policy*, 10, 2: 147–158.
- McLaughlin M. – Cody M. – O'Hair H. D. (1983): The management of failure events: Some contextual determinants of accounting behavior. *Human Communication Research*, 9: 208-224.
- Mead GH (1934): *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mikl J. - Bruckova M. - Jedlicka J. et al. (2001): High prevalence of high risk-behaviour and the identification of predictors for sharing injecting materials among young drug users in Prague, Czech Republic. *Centr Eur J Publ Health* 4: 228–35.
- Miller M. - Neaigus A. (2002). An economy of risk: resource acquisition strategies of inner city women who use drugs. *International Journal of Drug Policy*, 13, 409 - 418
- Miller M. - Neaigus A. (2001). Networks, resources and risk among women who use drugs. *Social. Science. Medicine*, 52, 967-78.
- Moore D. (2004a): Drugalities: the generative capabilities of criminalized ‘drugs’. *International Journal of Drug Policy*, 15: 419–426.
- Moore D. (2004b): Beyond ’’subculture’’ in the ethnography of illicit drug use. *Contemporary Drug Problems*, 31: 181-212.
- Muhr T. (1997): *Atlas/ti – Visual qualitative data analysis*. Management – Model building – Release 4.1 User’s Manual. Scientific Software Development, Berlin.
- Murray K. (1995): *Narrative partitioning: The ins and outs of identity construction*. In: Smith J. - Harré R- - van Langenhove L- (szerk.) *Rethinking Psychology: Volume 1 - Conceptual Foundations* Sage. <http://home.mira.net/~kmurray/psych/in%26out.html>
- Neaigus A. - Miller M. - Friedman S.R. - Hage D.L. - Sifaneck S.J. - Ildefonso G. - Des Jarlais Don C. (2001): Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: a comparison of former injectors and never injectors. *Addiction* 96,6: 847-860.
- Nemzeti Drog Fókuszpont (2006): *Jelentés az EMCDDA számára- 2005-ös éves jelentés. „Magyarország”. Új fejlemények, trendek és részletes információk a kiemelt témákról*. Budapest.
- Newman K. (1988): *Falling from grace: The experience of downward mobility in the American middle class*. New York: The Free Press.
- Obot I.S. – Wagner F.A. – Anthony J.C. (2001): Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: Data from a national epidemiologic survey. *Drug Alcohol Depend*, 65:1—8.

Odorics F. (2003): A narratív identitás tropológiája. In: Rákai O. – Z. Kovács Z. (szerk.) (2003): *A narratív identitás kérdései a társadalomtudományokban*. Gondolat Kiadói Kör – Pompeji, Budapest – Szeged, 69-77.

Orbán J. (1994): *Derrida írás-fordulata*. Dianoia sorozat, Jelenkor Kiadó, Pécs.

Oxford M.L. – Harachi T.W. – Catalano R.F. – Abbott R.D. (2001). Preadolescent predictors of substance initiation: a test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 27:599—616.

Paksi B. – Elekes Zs. (2004): A 11.-12. évfolyamos középiskolások alkohol- és drogfogyasztása Budapesten 2004-ben. *Addiktológia*, 3: 308-331.

Pallas Nagylexikon. Pallas Irodalmi és Nyomdai Rt. 1893-1897, Budapest.
<http://mek.oszk.hu/00000/00060/html/058/pc005846.html#2>

Pataki F. (2001) *Élettörténet és identitás*. Budapest: Osiris Kiadó.

Péley B. (2002): *Rítus és történet. Beavatás és a kábítószeres létezés módja*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.

Peretti-Watel P. (2003): Neutralisation theory and denial of risk: some evidences from cannabis use among French adolescents. *British Journal of Sociology*, 54: 21–42.

Peretti-Watel P. (2006): Cognitive dissonance and risk denial: The case of cannabis use in adolescents. *The Journal of Socio-Economics*, megjelenés alatt.

Pesthy M. (2005): *A csábítás teológiája. A kísértés fogalmának története az ókorban*. Kairosz Kiadó, Budapest.

Pfadenhauer M. (2005): Ethnography of Scenes. Towards a Sociological Life-world Analysis of (Post-traditional) Community-building, *Forum: Qualitative Social Research*, 6, 3.
<http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-05/05-3-43-e.htm>

Piccone J. (1999): *Curiosity and Exploration*. California State University, Northridge. Kézirat.

Pierce J.P. – Distefan J.M. – Kaplan R.M. – Gilpin E.A. (2005): The role of curiosity in smoking initiation. *Addict Behav.*, 30, 4: 685-96.

Pléh Cs. (1986): *A történet szerkezete és az emlékezeti sémák*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Pólya T. (2004): Miről informál az élettörténet narratív perspektívája? In: László J. – Kállai J. – Bereczkei T. (szerk.): *A reprezentáció szintjei*. Gondolat, Budapest, 341-356.

Pomerantz A. (1986): Extreme case formulations: A new way of legitimizing claims. *Human Studies*, 9, 219–230.

- Pulkkinen M.-L.– Jukka Aaltonen J. (2003): Sense of agency in narrative processes of repeatedly convicted drunk drivers. *Counselling Psychology Quarterly*, 16, 2: 145–159.
- Rankin J. (2002): What is narrative? Ricoeur, Bakhtin, and Process Approaches. *Conrescence*, 3:1-12
- Rácz J. (1989): *Ifjúsági szubkultúrák és fiatalok "devianciái"*. "Animula Könyvek". Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest.
- Rácz J. (1990): A '80-as évek ifjúsági szubkultúrái Magyarországon. *Valóság*, 33,11:69-82.
- Rácz J. (1992): Drug use by the members of youth subcultures in Hungary. *The International Journal of the Addictions*, 27,3:289-300.
- Rácz J. (1995): *Drogfogyasztók kortárs kapcsolatainak elemzése: a szociálpszichológiai és az etnográfiai perspektíva*. *Psychiatria Hungarica*, 10,4:377-387.
- Rácz J. (2001): Az intravénás droghasználók kockázati magatartásai és a megelőzés lehetőségei: etnográfiai és szociálpszichológiai perspektíva. *Psychiatria Hungarica*, 16,3:308-324.
- Rácz J. (2002a): *Kockázati csoportok kockázati droghasználat: szociálpszichológiai kutatási mozaikok*. In: Czigler I. – Halász L. – Marton L.M.: *Az általánostól a különös*. Gondolat – MTA Pszichológiai Kutatóintézet, Budapest, 405-430.
- Rácz J. (szerk.) (2002b): *Drog és társadalom. Az addikció mintázatai*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- Rácz J. (2004): Kockázati magatartások elemzése injekciós droghasználókkal készült kvalitatív interjúk feldolgozása alapján. *Psychiatria Hungarica*, 9,2:105-122.
- Rácz J. (2005a): „A függőségtől a szabadulásig”. *Drogos önéletírások*. Budapesti Könyvszemle (BUKSZ), 17,1: 49-57.
- Rácz J. (2005b): Ártalomcsökkentő drogpolitika. *Magyar Tudomány*, 166,8:1010-1016.
- Rácz J. (2005c): Injecting drug use, risk behaviour and risk environment in Hungary: A qualitative analysis. *International Journal of Drug Policy* 16,5: 353-362.
- Rácz J. (2006a): *Kvalitatív drogkutatások. Kvalitatív kutatások budapesti droghasználók között*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Rácz J. (2006b): Questions on the interpretation of drug users' autobiographies in a country in the "early" phase of drug use. *Contemporary Drug Problems*, 33/Spring 99-122.
- Rácz J. (2006c): Szakmai protokoll az amfetamin-használók orvosi kezeléséhez. Kézirat.
- Rácz J. (2007) (szerk.): *Leszakadók. A társadalmi kirekesztődés folyamata*. L'Harmattan, Budapest.

Rácz J. – Göncz D. – Kéthelyi J. (1984): *A Z. téri „csövesek”. Egy szociológiai vizsgálat tapasztalataiból.* Világosság, 25,11:674-682.

Rácz J. - Gyarmathy V.A. - Neaigus A. - Ujhelyi E. (2007): Injecting equipment sharing and perception of HIV and hepatitis risk among injecting drug users in Budapest. *AIDS Care*, 9,1: 59-66.

Rácz J. - Máthé-Árvay N. - Fehér B. (2003): Kezelésre jelentkező és „utcai” injekciós droghasználók kockázati magatartásainak és kockázateszlelésének jellemzői. Előzetes eredmények. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 3-4:370-388.

Rácz J. – Ritter I. (2003): Az injekciós droghasználat felmérése a „gyors helyzetfelmérés és válasz” (RAR) módszerével Magyarországon. *Addiktológia (Addictologia Hungarica)*, 3-4:305-345.

Rácz J. – Ujhelyi E. – Fehér B. (2002): Emberi immunhiányt okozó víruspozitív esetek intravénás droghasználók között. *Orvosi Hetilap*, 143,3:131-133.

Reilley B. - Burrows D. - Melniko V. - Andreeva T. - Bijie M. - Veeken H. (2000): Injecting drug use and HIV in Moscow: Results of a survey. *Journal of Drug Issues* 30,2:305-322.

Rhodes T. (1997): Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organisation of risk behaviour. *Sociology of Health and Illness*, 19:208-227.

Rhodes T. (2002): The ‘risk environment’: a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International Journal of Drug Policy*, 13: 85–94.

Rhodes T. – Cusick L. (2002): Accounting for unprotected sex: stories of agency and acceptability. *Social Science & Medicine*, 55, 2: 211-226.

Rhodes T. - Simic M. (2005): Transition and the HIV risk environment. *BMJ* 331:220-223.

Rhodes T. – Ball A. – Stimson G.V. – Kolyshcha Y. – Fitch C. – Pokrovsky V. – Bezruchenko-Novachuk M. – Burrows D. – Renton A. – Andruscha L. (1999a): HIV infection associated with drug injecting in the Newly Independent States, eastern Europe: the social and economic contexts of epidemics. *Addiction*, 94,9:1323-1336.

Rhodes T.- Stimson G.V. - Crofts N.- Ball A.- Dehne K.- Khodakevich L., (1999b). Drug injecting, rapid HIV spread and the „risk environment”. *AIDS*, 13 (Suppl. A) S259-S269.

Rhodes T. – Lowndes C. – Judd A. – Mikhailova L.A. – Sarang A. – Rylkov A. – Tichonov M. – Lewis K. – Ulyanova N. – Apatova A.T. – Karavashkin V. – Khutorskoy M. – Hickman M. – Parry J.V. – Renton A. (2002): FAST TRACK Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia. *AIDS*, 16 :25—31.

Rhodes T. – Mikhailova L. – Sarang A. – Lowndes C.M. – Rylkov A. – Khutorskoy M. – Renton A. (2003): Situational factors influencing drug injecting, risk reduction and syringe exchange in Togliatti City, Russian Federation: a qualitative study of micro risk environment. *Social Science & Medicine*, 57, 1: 39—54.

Rhodes T. - Singer M. - Bourgois P. - Friedland S.R. - Strathdee S.A. (2005): The social structural production of HIV risk among injecting drug users. *Social Science & Medicine*, 61. 1026–1044.

Ricoeur P. (2002): A szöveg mint modell: a hermeneutikai megértés. *Szociológiai Figyelő*, 1-2: 77-104.

Riordan C. – Marlin N. – Kellogg R. (1983): The effectiveness of accounts following transgression. *Social Psychology Quarterly*, 46: 213-219.

Sagrestano L.M. - Rogers A. - Kittleson M.J. - Sarvela P.D. (2005): Does efficacy mediate stage of change and condom use in injected-drug users? *American Journal of Health Behavior* 29 (1): 12-24.

Sarbin T.R. (1986): The narrative as a root metaphor for psychology. In: Sarbin T.R. (ed): *Narrative psychology. The storied nature of human conduct*, New York: Praeger, 3-21.

Scott M.B. – Lyman S.M. (1968): Accounts. *American Sociological Review*, 33: 46-62.

Shakarishvili A. – Dubovskaya L.K. - Zohrabyan L.S. - St Lawrence J.S. - Aral, S.O. - Dugasheva L.G. et al. (2005). Sex work, drug use, HIV infection, and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *Lancet* 366(9479):57–60.

Sharland E. (2006): Young people, risk taking and risk making: Some thoughts for social work. *Forum: Qualitative Social Research*, Volume 7, No. 1, Art. 23. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-06/06-1-23-e.htm>

Somlai A.M. - Kelly J.A. - Benotsch E. - Gore-Felton C. - Ostrovski D. - McAuliffe T. - Kozlov A.P. (2002): Characteristics and predictors of HIV risk behaviors among injecting-drug-using men and women in St. Petersburg, Russia. *AIDS Education and Prevention*, 14, 4, 295-306.

Spielberger C.D. – Starr L.M. (1994): Curiosity and exploratory behavior. In H.F. O’Neil, Jr. – M. Drillings (Eds.): *Motivation: Theory and research*. Erlbaum. Hillsdale, NJ. 221–243.
Stimson G., Des Jarlais D.C., Ball A. (1998). *Drug Injecting and HIV Infection: global dimensions and local responses*. London, UCL Press.

Turner C.F. - Miller H.G. - Moses L.E. (1989). *AIDS: sexual behavior and injecting drug use*. Washington, DC: National Academy Press.

Stacy A.W. - Stein J.A. - Longshore D. (1999). Habit, intention, and drug use as interactive predictors of condom use among drug abusers. *AIDS and Behavior*, 3: 231–241.

Strathdee S.A. - Galai N. - Safaiean M. - Celentano D.D. - Vlahov D. - Johnson L. - Nelson K.E. (2001): Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users: a 10-year perspective. *Archives of Internal Medicine*, 161 (10): 1281-1288.

Strauss A.L. (1987): *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press, Cambridge.

Sykes G.M. – Matza D. (1993): Techniques of neutralisation: a theory of delinquency. *American Sociological Review*, 22: 667-669.

Szabó M.(2003): *A diszkurzív politikatudomány alapjai*. L'Harmattan Kiadó, Budapest

Tappan M.B (1999): Authoring a moral self: a dialogical perspective. *Journal of Constructivist Psychology*, 12:117–131.

Tátrai Sz. (2000): Az elbeszélő „én” nyelvi jelöltsége. Kísérlet a perszonális narráció szövegtani megközelítésére. *Magyar Nyelvőr*, 124, 2.
www.c3.hu/~nyelvor/period/1242/124208.htm

Thomka B. (2001): *Beszél egy hang*. Kijarat Kiadó, Budapest.

Tímár K.: Pornó. Obszcenitás és pornográfia a kortárs magyar fotográfiában.
<http://www.c3.hu/%7Eligal/kiallitas96-01.htm#225>

Turner V. (1969/2002): *A rituális folyamat*. Osiris Kiadó, Budapest.

Turner V. (2003): A liminális és a liminoid fogalma a játékban, az áramlatban és a rituáléban. In: *Határtalan áramlás. Színházelméleti írások Victor Turner kultúrantropológiai írásaiban*. Kijarat Kiadó, Budapest, 11-55.

UNGASS (1998): *UN General Assembly 20th Special Session*, New York.
<http://www.un.org/ga/20special/>

UN ODC (2006): *World drug report, 2006*. Vienna International Centre, Vienna.

van Beek I. – Dwyer R. - Dore G.J. – Lou K. - Kaldor L. (1998): Infection with HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in a prevention setting: retrospective cohort study. *BMJ*, 15, 317, 7156:433-7.

Váriné Szilágyi I. (2006): *Építészprofilok / Akik a '70-es, '80-as években indultak*. TERC Kiadó, Budapest.

Weiss S.H. - Weston C.B. - Quirinale J. (1993): Safe sex? Misconceptions, gender differences and barriers among injection drug users: a focus group approach. *AIDS Education and Prevention* , 5(4): 279-293.

Westermeyer J. – Wahmanholm K. – Thuras P. (2001): Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *Am J Addict*, 10:101—10.

World Health Organization (WHO) (2005). *World Drug Report*. United Nations Publication. Vienna, Austria.

Wolf Y. – Olenick-Shemesh D. – Addad M. – Green D. – Walters J. (1995): Personal and situational factors in drug use as perceived by kibbutz youth. *Adolescence*, 30, 120: 909-30.

Wulfert E. - Safren S.A. - Brown I. - Wan C.K. (1999). Cognitive, behavioral, and personality correlates of HIVpositive persons' unsafe sexual behavior. *Journal of Applied Social Psychology* 29:223-244.

Wurmser L. (1974): Psychoanalytic Considerations of the Etiology of Compulsive Drug Use. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22:820-843.

Wurmser L. (1977): Mr. Pecksniff's Horse? (Psychodynamics in Compulsive drug Use). In: Jack D.B. – Demetrios A. Julius (szerk.): *Psychodynamics of Drug Ependence*. NIDA Research Monograph 12. U.S. Department of Health, Education, and welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration. U.S. government Printing Office, Washington. D.C. 36-72.

Wurmser L. (1995): *The Hidden Dimension: Psychodynamics of Compulsive Drug Use*. Jason Aronson Inc. Northvale.

Zinberg N.E. (2005): *Függőség és kontroll. Drog, egyén, társadalom*. Nyitott Könyvek Kiadó.

Zuckerman M. (1979): *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.